WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

A28/WP/4

21 avril 1975

VINGT-HUITIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Point 2.6 de l'ordre du jour provisoire

PROMOTION DES SERVICES NATIONAUX DE SANTE

Comme les délégués l'auront noté, le rapport du Directeur général relatif à la promotion des services nationaux de santé[1] fait référence à l'Etude commune OMS/FISE sur "Différents moyens de répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement". Le Directeur général a l'honneur de communiquer ci-joint à l'Assemblée mondiale de la Santé le texte de cette étude commune dont le Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires a été saisi à sa session de février 1975. L'Assemblée désirera sans doute en tenir compte lorsqu'elle examinera le rapport du Directeur général sur la promotion des services nationaux de santé.

[1] Document A28/9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

A28/WP/4 Rev.1
21 mai 1975

VINGT-HUITIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Point 2.6 de l'ordre du jour

PROMOTION DES SERVICES NATIONAUX DE SANTE

Comme les délégués l'auront noté, le rapport du Directeur général relatif à la promotion des services nationaux de santé[1] fait référence à l'Etude commune OMS/FISE sur "Différents moyens de répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement". Le Directeur général a l'honneur de communiquer ci-joint à l'Assemblée mondiale de la Santé le texte de cette étude commune dont le Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires a été saisi à sa session de février 1975. L'Assemblée désirera sans doute en tenir compte lorsqu'elle examinera le rapport du Directeur général sur la promotion des services nationaux de santé.

BIBLIOTHÈQUE OMS
27 MAI 1975
WHO LIBRARY

[1] Document A28/9.

COMITE MIXTE FISE/OMS DES DIRECTIVES SANITAIRES

JC20/UNICEF-WHO/75.2 Rev.1

Vingtième session

ORIGINAL : ANGLAIS

Genève, 4-6 février 1975

ETUDE COMMUNE OMS/FISE SUR DIFFERENTS MOYENS DE REPONDRE AUX BESOINS SANITAIRES FONDAMENTAUX DES POPULATIONS DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT

Table des matières

		Pages
1.	Introduction	3
1.1	La satisfaction des besoins sanitaires fondamentaux des populations des pays en voie de développement - état actuel du problème	3
1.2	Historique de l'étude	4
1.3	Objectifs et champ de l'étude	4
1.4	Méthodes d'étude	5
2.	Le problème	7
2.1	La pauvreté dans le monde - dimensions générales du problème	7
2.2	Les populations démunies	8
2.2.1	Populations rurales	8
2.2.2	Régions écartées et populations nomades	9
2.2.3	Habitants des taudis et des bidonvilles	9
2.3	Principales conséquences sur le plan de la santé	9
2.4	Principaux problèmes des services de santé	10
2.4.1	Problèmes en rapport avec les grandes options	10
	a) Absence de politiques nationales précises pour le secteur de la santé et faiblesse des liaisons entre les services de santé et les autres secteurs du développement national	10
	b) Absence de priorités précises	11
	c) Oppositions sociales à une évolution de la politique de santé	11
	d) Participation insuffisante de la collectivité aux prestations de santé	12
	e) Formation insuffisante des personnels de santé	12
2.4.2	Problèmes de ressources	13
	a) Insuffisance et mauvaise répartition des crédits destinés aux services de santé	13
	b) Non-utilisation des ressources effectives et potentielles	14
	c) Recours insuffisant aux agents sanitaires de base	14
	d) Incidence du coût croissant des services de santé	15
2.4.3	Problèmes liés à la structure générale des services de santé	16
	a) Absence d'un appareil efficace de planification sanitaire	16
	b) Absence d'une conception "globale" des prestations de santé	16

Pages

2.4.4 Principaux obstacles de caractère technique 17

a) Insuffisance de l'éducation sanitaire 17
b) Absence d'assainissement de base 18
c) Insuffisance des liaisons et des transports 18
d) Manque d'informations sanitaires valables 19

3. Principaux points ressortant des études de cas 20

3.1 Introduction 20
3.2 Bangladesh : approche adoptée pour le développement des services de santé ... 20
3.3 Les soins de santé en République populaire de Chine 23
3.4 Le système de soins de Cuba 26
3.5 Tanzanie - une conception novatrice du problème du développement des services de santé 28
3.6 Venezuela - le programme de médecine simplifiée 30
3.7 Le programme d'action sanitaire de l'arrondissement d'Ivanjica (Yougoslavie). 32
3.8 Le projet d'action sanitaire générale en milieu rural, entrepris dans la région de Jamkhed (Inde) 35
3.9 Les équipes de santé villageoises (hygiénistes-secouristes et matrones recyclées) dans le Département de Maradi (Niger) 37
3.10 La médecine ayurvédique en Inde 39
3.11 Utilisation d'émetteurs-récepteurs radio dans les services de santé du Nigéria septentrional 41

4. Conclusions 43

5. Recommandations 50

Annexe I Politiques suivies par l'OMS et par le FISE 55

Annexe II Différents types de services de santé adaptés à différents degrés de développement 59

Annexe III Bangladesh : Le développement des services de santé 63

Annexe IV Les soins de santé en République populaire de Chine 71

Annexe V Le système de soins de Cuba 85

Annexe VI L'approche tanzanienne du développement des services de santé 93

Annexe VII Venezuela : Le programme de "médecine simplifiée" 98

Annexe VIII Projet de Jamkhed - Inde 103

Annexe IX Utilisation de secouristes-hygiénistes de villages et de matrones recyclées dans le Département de Maradi (Niger) 110

Annexe X La médecine ayurvédique 116

Annexe XI Utilisation d'émetteurs-récepteurs radio dans les services de santé du Nigéria septentrional 128

1. INTRODUCTION

La nécessité de constituer dans tous les pays, mais surtout dans les pays en voie de développement, une infrastructure sanitaire qui réponde aux besoins fondamentaux de la population a toujours été l'une des premières préoccupations de l'OMS et du FISE. Dans ce cadre général, le FISE s'intéresse plus spécialement à l'amélioration de la santé des enfants, qui est l'un de ses grands objectifs. Les politiques suivies jusqu'à présent par les deux organisations en ce qui concerne les services de santé de base sont exposées à l'annexe I.

1.1 La satisfaction des besoins sanitaires fondamentaux des populations des pays en voie de développement - état actuel du problème

Malgré les efforts faits au cours des années par de nombreux gouvernements ainsi que par l'OMS et le FISE pour affiner, développer et adapter leurs politiques et en dépit du fait que les services de santé aient été fortement renforcés dans beaucoup de pays en voie de développement, les besoins sanitaires fondamentaux des populations ne sont pas encore satisfaits dans de bonnes conditions. On estime en effet que, dans beaucoup de pays, moins de 15 % de la population rurale et des groupes défavorisés (habitants des taudis, nomades et populations des régions reculées) a accès aux services de santé. Cette situation est d'autant plus grave que ces populations sont non seulement particulièrement exposées, mais également plus prédisposées à la maladie. L'existence d'un environnement hostile, la misère, l'ignorance des causes des maladies et des mesures de protection à prendre, le manque de services de santé ou l'incapacité de s'adresser à eux sont autant de facteurs qui peuvent se conjuguer pour créer cette triste situation.

Pour satisfaire dans de bonnes conditions les besoins sanitaires fondamentaux des populations défavorisées, qui représentent environ 80 % des habitants des pays les moins développés, les services de santé doivent aller au-devant de ces populations, s'informer de leurs besoins et de leurs désirs, les protéger, les soigner et faire leur éducation. Malheureusement, la politique adoptée jusqu'à présent par de nombreux pays en voie de développement, qui consistait à prendre pour modèles les services de santé des pays développés, n'est pas parvenue à satisfaire les besoins des populations et a donc échoué. Cette politique visait grosso modo à mettre en place des services de santé relativement perfectionnés, dotés d'un personnel qualifié, que l'on espérait développer progressivement au fur et à mesure de l'accroissement des ressources, jusqu'à ce que toute la population bénéficie de ces services. Mais les choses se sont passées autrement : les services de santé - essentiellement curatifs - se sont surtout implantés dans les villes et ont surtout été accessibles à une petite fraction privilégiée de la population.

L'importance accordée aux programmes dirigés contre un certain nombre de maladies particulières a peut-être également fait obstacle au développement des services de santé de base au cours des 25 dernières années. L'application enthousiaste des connaissances et des techniques nouvelles n'a pas toujours permis d'atteindre les objectifs prévus; elle a même eu, dans certains cas, des conséquences malheureuses. En somme, l'expérience montre que les services de santé classiques, organisés et structurés selon le modèle occidental ou tout autre modèle centralisé, ont peut de chances de se développer et de satisfaire les besoins sanitaires fondamentaux de l'ensemble de la population. Les moyens humains, matériels et financiers nécessaires seraient trop importants; il faudrait - chose rare - être sensibilisé aux problèmes particuliers des collectivités rurales ou défavorisées et même si l'on y parvenait dans le cas de certaines populations, ce ne serait pas nécessairement sous une forme que ces populations jugeraient acceptable. Il faut donc reconsidérer de fond en comble les problèmes de santé prioritaires et leurs différentes solutions possibles. Il ne s'agit évidemment pas d'appliquer davantage de recettes techniques. Dans certains cas, il faudra certes apporter à la conception même des services de santé des modifications draconiennes ou révolutionnaires; dans d'autres, des réformes profondes s'imposeront. L'approche utilisée devra tenir compte des valeurs et des attitudes humaines - qui, on le sait, varient selon les collectivités - et exigera en outre une détermination et un engagement évidents de la part de ceux qui disposent des connaissances et des pouvoirs politiques ou économiques nécessaires pour procéder aux changements.

1.2 Historique de l'étude

Malgré l'importance et la gravité des problèmes et malgré l'ampleur de la misère, de l'ignorance et du manque de ressources, on peut faire beaucoup, croyons-nous, pour améliorer la santé des populations des pays en voie de développement. Dans un certain nombre de pays, des programmes ont réussi ou réussiront un jour à satisfaire les besoins médico-sanitaires fondamentaux. Nous pensons à tout un ensemble d'initiatives allant de la mise en place d'infrastructures sanitaires entièrement nouvelles implantées à la suite de modifications radicales du système politique et social - comme en Chine, à Cuba et, dans une certaine mesure, en Tanzanie - à des programmes novateurs couvrant des zones limitées comme au Venezuela, dans l'arrondissement de Maradi au Niger ou dans la région de Jamkhed en Inde.

Estimant qu'une analyse de ces initiatives ainsi que des faiblesses des systèmes classiques permettrait d'élaborer des politiques et des méthodes nouvelles d'assistance, l'OMS et le FISE ont donc décidé d'en entreprendre l'étude.

Ce faisant, l'OMS et le FISE avaient tout à fait conscience de ne pas faire oeuvre de pionniers. Les solutions qui ont réussi ou qui promettent d'être fécondes sont des programmes en cours d'exécution, dont certains ont déjà fait l'objet d'études et d'analyses critiques.

En réunissant ces différentes études de cas, on a voulu essentiellement faire ressortir et décrire leurs caractéristiques les plus intéressantes, puis les examiner franchement et objectivement. On espérait que cet examen susciterait de nouveaux travaux, contribuerait à faire connaître plus largement les résultats obtenus et permettrait peut-être à l'OMS et au FISE d'adopter certaines de ces nouvelles approches. On espérait également que l'étude influerait sur la façon dont l'OMS et le FISE aident les pays à créer des services de santé facilement accessibles et acceptables pour l'ensemble de la population. Le but n'était pas d'améliorer les services de santé dans leur structure actuelle, mais plutôt de déterminer par des moyens nouveaux les besoins sanitaires fondamentaux des populations et de leur fournir des services de santé simples, à la fois préventifs et curatifs. Il s'agissait donc d'une approche multisectorielle dépassant le champ des compétences habituelles des ministères de la santé.

1.3 Objectifs et champ de l'étude

Compte tenu des principaux problèmes sanitaires qui se posent aux populations des pays en voie de développement, et des faiblesses patentes des services de santé traditionnels et des solutions classiques :

- examiner les systèmes valables de protection sanitaire primaire afin de discerner les facteurs qui semblent jouer un rôle déterminant dans leur succès ou dans leurs chances de succès;
- observer l'incidence de certains de ces facteurs déterminants sur le développement de la protection sanitaire primaire dans différents cadres politiques, économiques et administratifs.

1.3.1 Au cours de l'étude, tenir tout particulièrement compte des caractéristiques propres à chaque système qui semblent contribuer à :

- une meilleure couverture[1] des besoins sanitaires fondamentaux, particulièrement dans les régions rurales et reculées;
- une meilleure mobilisation des ressources permettant d'améliorer la santé (personnel, crédits, matériel, ingéniosité humaine, particulièrement à l'échelon local);

---

[1] Tout au long de cette étude, on entend par "couverture" le pourcentage de la population auquel les services de santé sont en mesure de fournir efficacement les prestations qui sont de leur ressort.

- une meilleure utilisation des services;
- une meilleure compréhension des problèmes sanitaires et une meilleure connaissance des services de santé de la part des fournisseurs comme des consommateurs des prestations de santé;
- une meilleure qualité des soins, compte tenu des techniques, des installations et des moyens disponibles;
- une plus grande satisfaction des consommateurs et des fournisseurs de prestations de santé.

1.3.2 L'OMS et le FISE sont convenus que pour satisfaire, dans les meilleures conditions, les besoins sanitaires fondamentaux il faudrait :

a) Offrir les services suivants :

- protection immunitaire suffisante;
- assistance aux mères pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, soins postnatals et infantiles, conseils de planification familiale dans les pays qui en admettent le principe;
- fourniture d'eau saine, facilement accessible et en quantité suffisante, services d'assainissement adéquats, protection contre les vecteurs;
- éducation sanitaire et nutritionnelle, notamment action en faveur de régimes alimentaires satisfaisants;
- services de diagnostic et de traitement des maladies simples; premiers soins et soins d'urgence; services et installations pour les cas graves;
- autres services pouvant répondre aux besoins sanitaires fondamentaux, compte tenu de la situation locale et des attitudes et aspirations de la population.

(On a toutefois estimé qu'il n'était pas nécessaire de fournir toutes ces prestations à la fois, à condition de prévoir leur mise en place progressive.)

b) Assurer une couverture sanitaire à 80 % au moins des populations socialement ou géographiquement isolées : ruraux, nomades, habitants des taudis et des bidonvilles.

c) Pouvoir implanter ces services dans un délai raisonnable dans des pays aux ressources très limitées.

1.3.3 Dans le choix des solutions à étudier, on a particulièrement retenu :

a) les programmes effectivement appliqués, qui pourraient être mis en oeuvre dans des cadres socio-politiques différents;

b) les programmes qui admettent explicitement l'influence qu'exercent sur la santé d'autres secteurs économiques et sociaux tels que l'agriculture et l'enseignement.

1.4 Méthodes d'étude

1.4.1 L'idée de base de ces recherches et les méthodes d'étude ont été arrêtées par un comité directeur comprenant des représentants de toutes les divisions intéressées du Siège de l'OMS. Le FISE avait envoyé un représentant et a formulé des observations et des suggestions.

1.4.2 Pour choisir et décrire les programmes susceptibles de donner de bons résultats, on s'est servi des sources d'information suivantes :

a) Renseignements fournis par les membres des différents tableaux d'experts de l'OMS et par d'autres personnalités. On s'est adressé pour cela à plus de 130 membres des tableaux d'experts de l'OMS (administration de la santé publique, organisation des soins médicaux, santé maternelle et infantile, éducation sanitaire, nutrition, hygiène du milieu, soins

infirmiers, enseignement médical, statistiques sanitaires) ainsi qu'à d'autres experts. L'OMS a reçu plus de 80 communications, allant de simples lettres d'une page à de volumineux documents auxquels étaient joints des annexes, des publications ou des listes de publications. Toute cette documentation a été examinée, classée, évaluée et utilisée pour la préparation du projet de rapport.

b) Renseignements tirés d'études réalisées par l'OMS, données fournies par le FISE, l'ONU et d'autres institutions internationales, conclusions et recommandations formulées dans le cadre de réunions ou d'études en cours, publications et autres documents.

c) Etudes faites sur la question par les bureaux régionaux de l'OMS avec l'aide des représentants de l'OMS dans les pays, du personnel travaillant sur le terrain et des autres personnels de l'OMS.

d) Communications et études critiques des services spécialisés du Siège de l'OMS.

1.4.3 Avec l'entière collaboration des gouvernements intéressés, quatre équipes OMS/FISE ont étudié des programmes prometteurs au Bangladesh, à Cuba, en Inde, au Niger, au Nigéria, en Tanzanie et au Venezuela. Au début de décembre 1973, une équipe de hauts fonctionnaires de l'OMS s'est rendue en Chine et les observations qu'elle a formulées ont également servi à réaliser une étude indépendante sur le système sanitaire chinois. Le choix des programmes a été opéré en accord avec le FISE, sur la base des recommandations formulées par les bureaux régionaux et les experts et après examen de la documentation disponible. Sur la recommandation du FISE, une brève description d'un projet entrepris à Ivanjica (Yougoslavie) a été incluse dans le rapport.

En prévision des visites sur le terrain, trois jeux de documents ont été préparés : 1) un "profil du pays" sommaire, établi par le Siège de l'OMS à l'aide des renseignements disponibles sur les pays qui devaient faire l'objet d'une étude approfondie; 2) un questionnaire envoyé aux représentants de l'OMS dans lesdits pays afin d'obtenir des renseignements détaillés sur des programmes particuliers; et 3) un autre questionnaire, établi pour les personnes participant aux visites sur le terrain. Les rapports abrégés des différentes équipes qui se sont rendues dans les pays figurent en annexe à la présente étude. Les principales conclusions sont exposées à la section 3.

1.4.4 L'avant-projet de rapport a été rédigé par un groupe de travail de l'OMS et un représentant du FISE. Des consultants de l'OMS et du FISE, réunis à Genève du 24 juin au 5 juillet 1974, ont examiné ce texte et ont formulé des observations. Après avoir recueilli les observations du FISE, le texte a été réexaminé et mis au point définitivement.

1.4.5 Dans tous les pays et les programmes étudiés, il a été possible d'améliorer et d'étendre la protection sanitaire, d'utiliser davantage les services de santé et d'en réduire le coût. Toutefois, dans la plupart des cas, on ne dispose pas encore de données statistiques et autres, qui soient complètes ou même suffisantes sur l'évolution en matière de santé, de morbidité et de mortalité ainsi que sur le fonctionnement des services de santé. Par conséquent, leur degré de réussite a été mesuré par des observations directes, des données statistiques relatives à des zones restreintes et des renseignements concernant de petits groupes de population.

2. LE PROBLEME

2.1 La pauvreté dans le monde - dimensions générales du problème

Le tiers monde ne constitue pas une entité unique mais comprend une multitude de pays et de régions se situant à divers stades de développement. S'il existe entre eux d'importantes différences, un certain nombre de facteurs communs conditionnent leur développement et c'est pourquoi il doit être possible dans certains cas d'envisager des solutions communes.

Les problèmes de population ont des origines très complexes : politiques, sociales, culturelles, écologiques. La pénurie extrême des ressources, l'insuffisance des communications, les distances à parcourir, le dénuement des individus et des Etats, le manque d'écoles, sont autant de facteurs qui agissent et réagissent les uns sur les autres, maintenant les pays en voie de développement dans un état perpétuel d'indigence et créant le cercle vicieux bien connu de la pauvreté.

Les caractéristiques économiques les plus importantes du sous-développement sont les suivantes : faible productivité moyenne du travail, faible produit national, faible revenu moyen par travailleur ou par habitant.

Dans les pays en voie de développement, le niveau de vie de la masse de la population est généralement très bas et l'on constate des insuffisances spécifiques à la fois sur le plan quantitatif et le plan qualitatif : régime alimentaire carencé ou défectueux, médiocres conditions de logement, mauvais état de santé, insuffisance des prestations publiques et privées d'hygiène et de soins médicaux, des communications, des transports, des établissements d'enseignement, inadaptation de l'enseignement et de la formation aux besoins de la population, etc.

En raison des différences dans le régime des prix et à cause de l'inflation, le revenu par habitant exprimé en termes monétaires reflète imparfaitement le niveau de vie de la population; cependant, il vaut la peine de signaler que, dans certains pays d'Asie et d'Afrique, ce revenu se situe aux alentours de 20 à 24 cents des Etats-Unis par jour, et qu'il est inférieur à 6 cents des Etats-Unis pour les 20 % les plus démunis des populations de certains pays d'Afrique et d'Asie. La faiblesse de la consommation, qui affecte directement le niveau de vie, est le phénomène dominant de certains pays, où la consommation par habitant est inférieure à US $94 par an.

Cette situation a de très graves incidences sur la capacité des gouvernements - qui dans bien des cas sont la seule force capable d'amener des changements - à financer par l'impôt des services publics, en particulier des prestations sociales pour les couches les plus démunies de la population.

La médiocrité du niveau de vie, due principalement à l'insuffisance de la productivité et des revenus, engendre à son tour une faiblesse de la productivité du travail et des revenus, de sorte que le cercle vicieux se perpétue.

Parmi les obstacles au développement, il convient de mentionner l'environnement physique souvent défavorable - sol peu fertile, absence de ressources forestières, terrain difficile, manque de ressources minérales - ainsi que les mauvaises conditions de climat : périodes de précipitations excessives, températures extrêmes et sécheresse. A ces obstacles d'ordre physique s'ajoutent des insuffisances ou des lacunes dans l'application des connaissances scientifiques et techniques, ainsi que l'évolution défavorable des termes de l'échange.

L'accroissement rapide de la population mondiale et ses incidences fâcheuses sur les efforts tentés par les pays en voie de développement pour élever leur niveau de vie ont été suffisamment soulignés. La croissance de la population dans un certain nombre de pays en voie de développement a souvent plus qu'annulé la progression du produit intérieur brut, de sorte que la production par habitant a en réalité diminué.

Selon les estimations et projections de population pour 1970-1980 que l'on trouve dans le Rapport des Nations Unies sur la situation sociale dans le monde (1970), la population totale des régions sous-développées pourrait augmenter de 28 %, le nombre des enfants d'âge préscolaire de 21 % et le nombre des enfants d'âge scolaire de 28 %. Etant donné le taux actuel de progression de la population et la forte croissance prévue pour les populations urbaines des pays du tiers monde d'ici à la fin de ce siècle, le problème se pose de savoir comment on pourra - dans l'immédiat et dans les décennies à venir - satisfaire les besoins de cette population en matière d'alimentation, de logement, d'enseignement et d'emploi à moins de modifier radicalement la stratégie actuelle du développement.

2.2 Les populations démunies

2.2.1 Populations rurales

On a estimé que, dans les régions peu développées du monde, la population rurale s'élevait au total à 1910 millions d'habitants en 1970, ce qui représentait 75 % de la population totale de notre planète. A la fin du siècle ce chiffre passera sans doute à 2906 millions malgré l'urbanisation rapide due en partie à l'exode rural.

D'autre part, les populations de nombreuses régions rurales sont isolées et dispersées, de sorte que les prestations publiques classiques, notamment les prestations de santé, sont difficiles et coûteuses. Dans ces régions qui se trouvent isolées du monde extérieur, les communications sont difficiles, ce qui freine l'élévation du niveau de vie. La dispersion et l'isolement de la population sont aussi des obstacles majeurs à la formation et à l'emploi d'une main-d'oeuvre qualifiée.

Voici quelques-unes des caractéristiques des régions sous-développées :

- stagnation économique
- traditions culturelles s'opposant aux efforts de développement
- sous-emploi agricole et absence d'autres possibilités d'emploi
- conditions médiocres sur le plan de la qualité de la vie, en raison de la pénurie des biens, des services et des moyens financiers indispensables
- isolement dû à la distance et à la médiocrité des moyens de communication
- environnement défavorable exposant la population aux maladies transmissibles et à la malnutrition
- services de santé insuffisants et ouvrages d'assainissement inexistants
- moyens d'enseignement médiocres
- injustice sociale, régime agraire inéquitable, rigidité de la hiérarchie et des structures sociales
- représentation politique inadéquate et peu d'influence de la population sur les prises de décision à l'échelon national.

2.2.2 Régions écartées et populations nomades

Il existe quelque 50 à 100 millions de nomades et de semi-nomades à travers le monde. Environ 90 % d'entre eux vivent en Afrique ou en Asie dans la ceinture de sécheresse qui entoure le globe au nord de l'Equateur et qui comprend les terres arides du Sénégal, du Sahel nord-africain, de l'Asie du Sud-Ouest, du Pakistan et de l'Inde. Pour assurer leur subsistance, les nomades doivent se déplacer; ils n'ont pas de résidence fixe. Les semi-nomades, et notamment les transhumants, se déplacent périodiquement à partir d'un ou de plusieurs établissements fixes; ils ont souvent quelques activités agricoles. Si les nomades possèdent habituellement des animaux domestiques - vaches, chameaux, moutons ou chèvres - il en est aussi qui vivent exclusivement de la chasse et de la cueillette; c'est le cas par exemple en Australie et dans le désert du Kalahari, en Amazonie et dans les régions arctiques.

Les besoins et les problèmes des nomades sont très particuliers. Comme le démontre la sécheresse catastrophique qui sévit actuellement dans le Sahel, la marge entre la survie et la mort est pour eux très étroite. Comme ces populations se déplacent sans cesse et sont très dispersées, il est difficile de leur assurer les prestations de santé nécessaires; aussi a-t-on tendance à les négliger. Certains plans de développement ne tiennent aucun compte des nomades, que l'on assimile à tort aux populations rurales. En fait, vu leur situation particulière, il faudrait considérer les nomades à part.

2.2.3 Habitants des taudis et des bidonvilles

Les deux dernières décennies ont été marquées, dans les pays les plus pauvres du monde, par un accroissement énorme des populations des taudis et des bidonvilles. Cet accroissement se poursuit et même s'accélère. Aujourd'hui, près d'un tiers de la population des villes dans les pays en voie de développement vit dans des taudis et des bidonvilles. Ce phénomène s'étend et a des effets néfastes sur l'environnement urbain.

La principale raison de la croissance des taudis et des bidonvilles à la périphérie des villes est l'exode des populations rurales à la recherche de travail et d'un meilleur niveau de vie. Les migrants, les travailleurs de l'industrie, les ouvriers agricoles, les travailleurs saisonniers et les personnes déplacées constituent une population croissante qui contribue à l'extension des taudis urbains. Mais les possibilités de travail n'augmentent pas pour autant dans les villes. En fait, la population urbaine des pays en voie de développement s'accroît beaucoup plus rapidement que le nombre des emplois disponibles. Cependant, la situation est pire encore dans les régions rurales et la misère dans les villes est fréquemment le résultat de l'excès de misère des régions rurales.

Aujourd'hui, près de la moitié des habitants des taudis et des bidonvilles sont des enfants. A la cadence actuelle de croissance démographique, le nombre de ces enfants doublera d'ici 1980. C'est là l'aspect le plus tragique du problème : les conditions de vie dans les taudis et les bidonvilles hypothèquent l'avenir des enfants et particulièrement celui des tout jeunes qui se trouvent à l'âge de la croissance. Il y a beaucoup de mortalité infantile et de souffrances dans ces collectivités et l'espérance de vie y est faible.

2.3 Principales conséquences sur le plan de la santé

Mortalité et morbidité

Dans le monde entier, faute des soins les plus élémentaires, des centaines de milliers d'individus meurent de maladies évitables et curables, accompagnées souvent de malnutrition, ou, s'ils survivent, se trouvent physiquement ou mentalement handicapés. Les statistiques démographiques révèlent des différences frappantes entre les pays pauvres et les pays développés. D'après les données de 1971, l'espérance de vie à la naissance était de 43 ans en Afrique, de 50 ans en Asie, contre 71 ans en Europe et en Amérique du Nord.

Dans le monde tout entier, y compris les pays en voie de développement, la mortalité infantile continue de diminuer. S'il faut se féliciter de cette tendance sur le plan mondial, il subsiste des écarts impressionnants dans les taux de mortalité infantile d'un pays à l'autre et entre les pays en voie de développement et le reste du monde. Les différences sont encore plus marquées lorsqu'on considère les taux de mortalité des enfants de 1 à 4 ans.

La fréquence des carences nutritionnelles, de l'insuffisance de poids à la naissance et de la débilité chez les nouveau-nés indique que l'état nutritionnel de la population est peut-être le responsable principal des taux excessifs de mortalité dans les régions en voie de développement. Les mères qui, dès leur plus jeune âge, ont souffert de carence nutritionnelle et ont vécu dans des conditions d'environnement défavorables, donnent probablement naissance à des enfants de poids insuffisant; beaucoup de ces nourrissons meurent de maladies infectieuses parce qu'ils sont plus vulnérables que les autres, et ceux qui survivent sont exposés longtemps à de plus grands risques à cause des carences nutritionnelles.

Les principales causes de morbidité dans les pays en voie de développement sont la malnutrition, les maladies transmises par des vecteurs, les maladies contagieuses, les maladies gastro-intestinales et les affections des voies respiratoires, toutes favorisées par la pauvreté, la malpropreté et l'ignorance. A cela il faut ajouter les maladies de la mère - carences, épuisement consécutif à des grossesses trop nombreuses et trop rapprochées - avec tous les effets qu'elles ont sur le nouveau-né. Ces conditions sont liées à des problèmes sociaux tels que le surmenage des femmes, le chômage des jeunes, l'accroissement de la population et l'urbanisation; et la solution de ces problèmes exige un effort concerté dans lequel les services de santé sont appelés à jouer un rôle capital.

2.4 Principaux problèmes des services de santé

Comme on l'a déjà signalé dans l'introduction, on estime que, dans un certain nombre de pays, pas plus de 10 à 20 % des populations rurales et autres populations socialement ou géographiquement isolées ont convenablement accès à des services médico-sanitaires ou utilisent ces services. Comme les collectivités rurales représentent environ 75 % de l'ensemble des populations des pays en voie de développement, il est évident que le problème est immense.

Les remèdes à un grand nombre des insuffisances constatées dans les services de santé sont connus et existent, mais certains de ces remèdes ne peuvent être appliqués avec des chances de succès que si l'on modifie la notion même de soins de santé. Pour résoudre certains des problèmes, une approche nouvelle ne suffit pas mais est la condition préalable à remplir pour pouvoir appliquer avec succès des remèdes largement connus.

Ce qui importe surtout aujourd'hui, c'est d'instituer un système de soins auquel les populations puissent avoir accès et qu'elles puissent accepter. On peut envisager le problème sous différents angles.

2.4.1 Problèmes en rapport avec les grandes options

a) Absence de politiques nationales précises pour le secteur de la santé et faiblesse des liaisons entre les services de santé et les autres secteurs du développement national

Une approche efficace des problèmes de santé exige la coordination des efforts entre tous les secteurs qui contribuent directement ou indirectement à promouvoir le bien-être des populations. Cette coordination doit exister non seulement à l'échelon central mais aussi à l'échelon intermédiaire et, surtout, à l'échelon périphérique où toute politique devrait avoir ses racines. De plus, l'action de santé devrait être considérée comme faisant partie intégrante du développement et l'on devrait définir nettement ses objectifs, ses politiques et ses plans. Malheureusement, dans beaucoup de pays en voie de développement, cette approche n'a pas été adoptée. Comme on n'a pas défini de politiques et d'objectifs généraux dans le domaine sanitaire, il n'est guère possible de planifier l'action de santé. Les efforts que l'on fait sont

fragmentaires, ne sont pas nécessairement reliés à ceux qui sont accomplis dans d'autres secteurs et ne tendent pas directement à soutenir la croissance nationale et, plus particulièrement, à promouvoir le bien-être des populations et le développement des ressources humaines. Les activités de santé s'enlisent fréquemment dans l'immobilisme et les projets de développement sanitaire n'aboutissent pas faute de ressources budgétaires. Même dans les cas où des politiques et des objectifs de santé ont été définis et que le principe d'une action intersectorielle a été accepté, les organismes nationaux ou internationaux, lorsqu'ils veulent mettre en oeuvre les politiques adoptées, ont du mal à franchir les barrières qui séparent les différents secteurs.

Sur la base de recherches biomédicales, des mesures d'intervention ont été mises au point grâce auxquelles il est possible d'agir de façon efficace sur un grand nombre des problèmes de santé qui se posent dans les pays en voie de développement. Si, pour certains de ces problèmes, on ne dispose pas de solutions simples et efficaces, on a cependant réussi à normaliser un grand nombre de techniques sanitaires et à les simplifier à tel point que l'on peut les faire appliquer utilement et à peu de frais par un personnel formé sans grandes dépenses mais suffisamment nombreux pour que l'impact sur la population soit important. Malheureusement, ces techniques ne sont pas encore appliquées à une assez grande échelle.

Un grand nombre des techniques sanitaires modernes ne répondent pas aux besoins immédiats des populations des pays en voie de développement. De plus, en raison du coût élevé des équipements souvent perfectionnés et des autres moyens que ces techniques exigent, il se crée une situation où une part importante des ressources limitées de ces pays est finalement dépensée au profit d'une minorité, au lieu de servir à améliorer le sort de la population tout entière.

b) Absence de priorités précises

Il est rare que les objectifs prioritaires des services de santé soient définis de façon claire, concise et logique. Il est plus rare encore que l'on formule des critères réalistes pour l'établissement des priorités. Par exemple, on ne se préoccupe guère de l'équilibre à maintenir entre les services curatifs, préventifs et promotionnels ni de la répartition précise des moyens entre ces différents secteurs; les services curatifs reçoivent généralement une part trop importante des ressources en argent, en effectifs et en installations. Très souvent, il n'y a pas de plan général qui établisse un ordre de priorité entre les soins primaires et les soins spécialisés, et les priorités à l'intérieur des trois principaux secteurs précités ne sont pas suffisamment précisées. On n'essaie pas toujours de réaliser un équilibre fondé sur des critères objectifs, entre les soins individuels, l'hygiène du milieu, et la santé des collectivités. On en vient ainsi à privilégier les services curatifs et, d'une façon plus générale les soins individuels, même lorsqu'il serait possible d'obtenir de meilleurs résultats en répartissant de manière différente les mêmes ressources limitées.

Les divers moyens possibles de combattre les maladies transmissibles ne sont pas envisagés dans la perspective du meilleur résultat final. On néglige souvent de recourir à des mesures qui, sans être directement liées à la santé, ont cependant d'importantes incidences sanitaires.

c) Oppositions sociales à une évolution de la politique de santé

Dans le secteur de la santé, les associations, institutions et organisations établies, en particulier les milieux professionnels, ont tendance à résister à la constitution d'un service national de santé, aux systèmes d'assurance-maladie obligatoire ou volontaire, à la création de nouvelles catégories d'agents sanitaires. Cette résistance peut s'expliquer par le souci de défendre des intérêts particuliers ou de préserver des traditions sacro-saintes. Quoi qu'il en soit, elle risque d'avoir des effets graves sur l'orientation des programmes de santé et sur la planification et la politique sanitaires, car les personnalités éminentes du monde médical ont fréquemment une grande influence sur ceux qui arrêtent les politiques et prennent les décisions.

d) Participation insuffisante de la collectivité aux prestations de santé

Le point faible de la plupart des systèmes de prestations de santé réside dans le fait que les Etats n'ont pas réussi à offrir à ceux qui en ont besoin des services acceptables qui soient suffisamment accessibles. Il faut que les soins primaires soient dispensés là où les gens vivent. L'acceptation de bien des mesures sanitaires peut impliquer un changement du mode de vie; c'est donc la collectivité elle-même qui doit décider des mesures à prendre et qui doit aider à les mettre en oeuvre et à juger leur valeur. Les soins élémentaires peuvent être dispensés par de simples auxiliaires, moyennant une formation suffisante, des conseils techniques et un encadrement approprié.

Il s'ensuit qu'une liaison bien précise doit exister entre les deux types de prestations, à savoir entre les services fournis par l'Etat et ceux qui sont organisés par les populations elles-mêmes. La contribution respective des deux partenaires doit être déterminée par la situation politique et socio-économique du pays ou de la région géographique.

Organiser les prestations de santé de telle manière qu'une partie du système soit la responsabilité de la population même à laquelle les services sont destinés comporte d'énormes avantages. Il est possible en effet, dans de pareilles conditions, de puiser dans les ressources locales en main-d'oeuvre et de modifier ainsi la conception même que l'on se fait, à la base, des prestations de santé. Dans l'idéal, ce genre de soins devraient être contrôlés et administrés par la collectivité bénéficiaire elle-même; cependant, nonobstant cette répartition particulière des responsabilités dans le domaine de la santé, le principe de base doit rester le suivant : les soins de santé doivent faire l'objet d'une conception et d'une planification d'ensemble et il faut aboutir à la fixation d'objectifs nationaux.

Les obstacles dans ce domaine sont les suivants :

1) dans un certain nombre de pays le régime politique n'est pas favorable à l'autonomie des pouvoirs locaux, qui est pourtant indispensable si l'on veut qu'à l'échelon local on s'intéresse aux prestations de santé et au développement en général;

2) dans la plupart des services de santé de type traditionnel, les structures sectorielles sont rigides et les administrations fortement centralisées;

3) il y a concurrence entre le système sanitaire traditionnel qui existe à l'échelon local et le régime moderne de soins médico-sanitaires;

4) les traditions et croyances (religion, castes, etc.) des collectivités paysannes constituent également un obstacle.

e) Formation insuffisante des personnels de santé

Tant au niveau universitaire qu'au niveau postuniversitaire, il est fréquent que les programmes d'enseignement et de formation ne correspondent pas dans les établissements du pays, ni dans les établissements étrangers, aux besoins, à la demande, aux problèmes et aux aspirations locales. Il est rare que les systèmes d'enseignement aient été conçus pour répondre exactement aux besoins sanitaires du pays. En général, les diplômés ont beaucoup de mal à s'adapter aux tâches qu'ils doivent remplir pour répondre aux besoins fondamentaux du pays et ils préfèrent accomplir un travail pour lequel ils ont été formés. De la sorte, l'enseignement supérieur tend à creuser un fossé entre le personnel médico-sanitaire professionnel et les agents sanitaires de base,[1] ainsi qu'entre les professionnels de la santé et les populations.

[1] Tout au long de ce document, on entend par "agents sanitaires de base" les travailleurs sanitaires autres que le personnel de niveau professionnel, c'est-à-dire les auxiliaires qui, dans le cadre du service de santé dispensent des soins "primaires" d'ordre curatif, préventif et promotionnel. Le personnel professionnel peut lui aussi dispenser des soins "primaires" mais dans ce cas nous emploierons le terme exact et parlerons de médecins, d'infirmières ou d'ingénieurs.

Dans l'ensemble, les professionnels répugnent à travailler dans les régions rurales, où pourtant ses services sont le plus nécessaires, et, paradoxalement, ils répugnent également à ce que la responsabilité des soins de santé primaires soit déléguée à des auxiliaires. La profession médicale est souvent hostile à la création de nouvelles catégories de personnels de santé, sous prétexte que les soins médicaux sont trop importants, trop complexes (et trop dangereux) pour être confiés à du personnel ayant reçu une formation moins poussée ou différente. Cette opposition peut être désastreuse car, pour pouvoir s'acquitter correctement de leur mission, les agents sanitaires ont besoin d'être activement soutenus par les médecins et les autres membres du personnel médico-sanitaire.

La formation non seulement des professionnels, mais aussi des auxiliaires, telle qu'elle est organisée aujourd'hui laisse beaucoup à désirer. Il est rare que cette formation soit organisée sur une base fonctionnelle en conformité de critères de priorité. Plus fréquemment, les programmes d'enseignement des auxiliaires ressemblent à un programme d'enseignement médical ou infirmier simplifié. D'autre part, les auxiliaires qui n'ont reçu qu'une formation de base minimale et de courte durée devraient suivre des cours d'entretien et de perfectionnement, non seulement pour consolider leurs acquis, mais également pour parfaire systématiquement leurs connaissances et leurs qualifications dans le cadre du développement général des services de santé du pays. Or, généralement, rien n'est prévu pour qu'ils le fassent.

2.4.2 Problèmes de ressources

a) Insuffisance et mauvaise répartition des crédits destinés aux services de santé

Les pays en voie de développement manquent de ressources en hommes, en matériel et en argent pour faire face à leurs besoins dans le secteur de la santé; il est même des pays où la pénurie est totale. La situation se complique encore du fait que les ressources existantes sont souvent mal utilisées.

Le manque d'argent se fait sentir à tous les échelons, et d'abord à l'échelon national dans l'affectation des ressources budgétaires annuelles aux différents secteurs et dans la répartition des crédits entre les administrations qui sont responsables des plans de développement national. Les dépenses de santé par habitant constituent à cet égard un indice utile. Bien que cet indice ne soit pas strictement comparable d'un pays à l'autre, il est faible dans tous les pays en voie de développement et, chose plus grave encore, c'est dans les plus démunis qu'il est le plus faible.

Si la pénurie des ressources financières se fait sentir à tous les échelons des services de santé, elle affecte surtout les populations rurales, plus nombreuses et plus démunies que celles des villes. C'est essentiellement la structure des services de santé dans les pays en voie de développement qui est responsable de cette disparité. Conçus fréquemment sur le modèle des services de santé des pays industriels, les services de santé des pays en voie de développement sont souvent axés sur les prestations hospitalières, sur des techniques relativement perfectionnées et sur la médecine spécialisée. En conséquence, ils s'adressent souvent à une clientèle privilégiée assez peu nombreuse et absorbent une part excessive du budget de la santé. Dans un grand nombre de pays en voie de développement, plus de la moitié du budget de la santé est consacrée aux prestations de santé dans les villes, qui n'abritent parfois que 20 % ou moins de la population totale.

S'il y a pénurie d'argent et de ressources matérielles, il y a aussi pénurie et mauvaise répartition des ressources humaines. La répartition des professionnels de la santé dans les pays en voie de développement est presque inversement proportionnelle à la répartition de la population. Et cela n'est pas vrai seulement des médecins. En dehors des grandes villes, on trouve très peu de professionnels de la santé et ceux qu'on y rencontre travaillent tous dans les services relevant des pouvoirs publics, des organisations bénévoles ou des missions religieuses. Il n'est pas rare qu'une population de 50 000 habitants et plus soit desservie par un seul médecin. Une mauvaise répartition des effectifs s'observe également dans la plupart des pays qui forment un grand nombre de professionnels de la santé. La plupart des établissements d'enseignement produisent des diplômés dont les titres ne correspondent ni aux besoins du pays, ni à l'attente de ceux qui se sont engagés dans ces études.

b) Non-utilisation des ressources effectives et potentielles

Nonobstant la pénurie des ressources dans tous les domaines, il est paradoxal de constater que les ressources sanitaires sont souvent sous-utilisées dans un grand nombre de pays en voie de développement. Les raisons multiples de ce phénomène diffèrent d'un système culturel à l'autre et d'une situation à l'autre. Fréquemment, la sous-utilisation du personnel de santé est due à des causes telles que l'absence de satisfaction dans le travail, les attitudes mêmes de ce personnel, son dédain à l'égard des systèmes de soins et des personnels de type traditionnel, une insuffisante prise de conscience de la nécessité de bien connaître la collectivité et de mobiliser sa participation, des conditions d'accessibilité défavorables (sur le plan physique et le plan social), enfin la médiocrité des moyens de transport. Il est vrai aussi que, souvent, les gens ne savent pas que des services de santé existent ou ne connaissent pas exactement la nature, les indications et l'utilité des prestations qu'ils offrent.

Un autre phénomène, le "court-circuitage" de l'agent sanitaire,[1] conduit à une sous-utilisation des centres de santé et à une surcharge des hôpitaux qui devraient s'occuper non des soins primaires mais des soins spécialisés. Des études préliminaires révèlent l'importance de ce phénomène dont les causes sont la qualité insuffisante des services, le fait que ces services ne répondent pas à l'attente de la collectivité, l'arrogance du personnel, et la discrimination. D'autres causes encore sont à mentionner : frustrations professionnelles, surcharge de travail, erreurs d'affectation ou de constitution du personnel et mauvaise utilisation de son temps.

Une autre raison importante de la sous-utilisation ou de la non-utilisation des ressources sanitaires disponibles tient à la collectivité elle-même. Les ressources dont on fait traditionnellement état ne constituent qu'une partie des ressources auxquelles il serait possible de recourir. En fait, les ressources propres des collectivités n'ont pas été pleinement inventoriées; dans la plupart des cas, ceux qui dirigent les services de santé n'ont pas voulu ou n'ont pas su identifier et mobiliser ces ressources. Par exemple, dans de nombreux pays en voie de développement, il existe une infrastructure sanitaire indigène : accoucheuses traditionnelles, sages-femmes de village, guérisseurs, etc., dont les services sont disponibles contre rémunération; cette infrastructure est solidement établie dans des populations importantes mais n'est pas pleinement reconnue.

c) Recours insuffisant aux agents sanitaires de base

L'un des principaux obstacles au développement des services de santé dans les régions rurales a été l'absence d'une doctrine précise touchant la nature du personnel de santé à affecter dans les villages. La plupart des mesures sanitaires préventives et un grand nombre des actes médicaux sont simples et n'exigent pas une formation professionnelle très poussée. Cela étant, la tendance est actuellement de créer un corps d'agents sanitaires de base que l'on puisse former rapidement, à peu de frais et en plus grand nombre que les médecins ou les infirmières. Il est particulièrement important d'affecter des agents sanitaires de ce type dans les régions rurales.

Les agents sanitaires de base peuvent être recrutés parmi les villageois et formés dans le village même ou dans son voisinage; de la sorte, ils auront conscience d'appartenir vraiment à la population. On peut les employer à plein temps ou à temps partiel.

---

[1] Si la population n'a pas confiance dans le service de santé local, les malades évitent de s'adresser à lui et préfèrent se rendre à l'hôpital de la ville ou chez le praticien traditionnel.

Mais si la création d'un cadre d'agents sanitaires de base permet d'offrir des soins primaires à la population, elle fait également surgir de nouvelles difficultés : choix et encadrement des agents sanitaires, liaison avec les autres secteurs du service de santé, soutien logistique. Par exemple, comme la formation de ces agents sera en général simplifiée et de courte durée, il faudra constamment les perfectionner sur place et leur assurer le soutien total de l'ensemble des services de santé. Malheureusement, les établissements de soins existants n'ont pas toujours satisfait à ces impératifs et n'ont pas toujours accepté de gaieté de coeur l'idée d'un recours aux agents sanitaire de base.

De plus, ces agents travaillent souvent dans des régions écartées, mal desservies en routes et en moyens de transport; aussi est-il difficile d'une part de leur faire parvenir le matériel médical nécessaire et d'autre part d'acheminer les malades vers les spécialistes et les hôpitaux. Pour les mêmes raisons, on a plus de mal à assurer leur encadrement et l'évaluation de leur travail.

Certains des problèmes que pose le recours aux agents sanitaires de base sont d'ordre social ou politique. Le corps médical est souvent hostile à la création de nouvelles catégories de personnel de santé. A moins que l'on assure à ces travailleurs de "première ligne" un encadrement médical convenable (contrôle, formation, soutien logistique), avec la possibilité d'envoyer les malades à des médecins ou vers d'autres établissements de santé, la population rurale hésitera à recourir à des services, qui de toute évidence sont insuffisants. Les guérisseurs traditionnels et les sorciers sont de leur côté fréquemment hostiles aux agents sanitaires de base en qui ils voient des concurrents menaçant leur puissance et leurs moyens d'existence.

Les coutumes et les tabous peuvent également s'opposer à l'emploi d'agents sanitaires de base; très fréquemment, on évite de faire appel à leurs services et l'on préfère s'adresser aux guérisseurs indigènes ou à du personnel médical mieux entraîné qui exerce à une grande distance du village. Enfin les problèmes liés à la division traditionnelle des activités et des prérogatives entre les deux sexes compliquent la mise en place d'un cadre d'agents sanitaires de base.

Si, en général, les agents sanitaires consentent volontiers à rester dans leur village, les problèmes qu'ils rencontrent peuvent les décourager et les amener à s'installer en ville pour y occuper des emplois mieux rémunérés.

Sur le plan technique, leur travail est d'une importance capitale car c'est à eux que s'adresse d'abord la majorité des villageois. Si les soins qu'ils donnent ne sont pas satisfaisants et si en cas de besoin ils n'envoient pas le malade à un médecin ou un hôpital, tout le mécanisme des soins de santé se trouvera grippé. Or ces agents sanitaires, qui sont indispensables pour assurer le fonctionnement quotidien des services de santé, sont ceux-là même à qui l'on donne le minimum de formation. Aussi convient-il de préciser très clairement leurs tâches et de s'assurer de la valeur des programmes de formation qui leur sont destinés. La définition des tâches et la mise sur pied des programmes de formation imposent une lourde charge à des pays qui manquent déjà de travailleurs qualifiés.

d) Incidence du coût croissant des services de santé

A l'augmentation du coût des services de santé s'est ajoutée récemment l'augmentation du prix de produits de base tels que l'énergie et les produits agricoles. L'augmentation du coût de la vie, et particulièrement du prix des produits alimentaires, va encore aggraver les problèmes de santé qui se posent aux membres les plus exposés de la collectivité, de sorte que les particuliers, aussi bien que les gouvernements, seront moins en mesure encore que par le passé de pourvoir aux dépenses de santé. Le coût des soins médicaux axés principalement sur les établissements hospitaliers, les médecins et les infirmières augmente plus rapidement que celui des programmes sanitaires plus simples. Si les organes de décision n'ont pas de prise sur un grand nombre de facteurs économiques, les administrations de la santé peuvent, elles,

dans une large mesure, freiner l'extension de programmes et de services dispendieux dont ne profite qu'une minorité et recourir aux services moins coûteux d'un cadre d'agents sanitaires de base qui pourront assurer la couverture d'une plus grande partie de la collectivité; cette réforme doit être acceptée comme prioritaire par les services de santé de tous les pays et doit être considérée comme un changement d'orientation urgent.

2.4.3 Problèmes liés à la structure générale des services de santé

a) Absence d'un appareil efficace de planification sanitaire

Si la planification sanitaire est de plus en plus largement adoptée dans les pays en voie de développement, les résultats n'ont pas toujours été convaincants pour diverses raisons. L'une des plus importantes est l'absence d'une doctrine sanitaire, d'une volonté politique pour se procurer les ressources nécessaires, d'un appareil exécutif efficace pour appliquer les décisions. Mais il peut y avoir aussi beaucoup d'autres raisons d'échec. Souvent les programmes sanitaires ne sont pas conçus de manière à pouvoir être intégrés dans le programme de développement socio-économique du pays, et dans leur application on prend davantage en considération les intérêts des services de santé que les besoins sanitaires de la population. Dans bien des cas, il n'y a ni informations, ni appareil efficace de planification sanitaire. Beaucoup d'administrations sanitaires manquent de spécialistes de la planification, surtout au niveau régional, ou ne disposent pas d'un système de planification. Elles sont ainsi amenées à établir des plans qui ne sont pas réalistes ou qui ne sont ni conçus ni présentés de manière à retenir l'intérêt des économistes des organismes de planification nationale qui, eux, se préoccupent des rapports coût/avantages et coût/efficacité. C'est là une grave lacune, étant donné que les responsables de la planification et des prises de décision portent toute leur attention sur le développement économique et font passer au second plan le secteur social et surtout le secteur sanitaire. Autre conséquence de cette carence, les plans visent souvent à atteindre des objectifs intermédiaires qui peuvent être importants et tangibles - par exemple, des constructions de prestige comme les hôpitaux et les centres de formation - mais qui ne parviennent pas à modifier l'état de santé de la collectivité. Enfin, il arrive qu'on entreprenne la planification sans avoir préalablement, comme il serait de toute évidence nécessaire, déterminé les besoins de la population, surtout au niveau local; enfin, les plans reposent souvent sur des données statistiques inexactes ou non représentatives.

Les spécialistes des sciences du comportement pourraient apporter une contribution importante à la planification et à l'organisation des activités sanitaires, mais leurs compétences sont insuffisamment utilisées. On dit souvent que des facteurs sociaux ou psychologiques font obstacle à la solution des problèmes de santé, mais il est rare qu'on fasse autre chose que d'admettre l'importance de ces facteurs. Dans bien des cas on ne tient aucun compte des besoins ressentis des populations, notamment des populations rurales; on sait pourtant qu'ils correspondent fréquemment à des besoins réels et que de toute manière en les satisfaisant on parviendrait beaucoup plus facilement à faire accepter des mesures répondant à d'autres besoins qui sont tout aussi importants, sinon plus, mais non ressentis.

b) Absence d'une conception "globale" des prestations de santé

Les systèmes de prestations de soins - publics et privés, nationaux et internationaux, curatifs et préventifs, périphériques, intermédiaires et centraux - doivent être considérés comme un tout.

Dans le domaine des services de santé, la centralisation excessive des pouvoirs de décision et d'exécution peut nuire à l'efficacité et à la qualité des prestations à la base. Elle tend à provoquer une concentration exagérée de personnels, d'institutions et d'installations et, par suite, une mauvaise répartition des ressources. En outre, l'administration centrale finit par perdre le contact avec la collectivité, ses besoins et ses desiderata. Le système de liaison actuel permet rarement à l'échelon central d'être parfaitement informé des besoins de la base.

L'intégration des programmes spécialisés dans l'ensemble des services de santé progresse, mais lentement. Elle a pu être réalisée pour certains programmes, tandis que d'autres conservent une large autonomie. La fragmentation d'un service de santé en éléments disparates conçus pour desservir de petits secteurs de la population ou pour répondre à un besoin déterminé va à l'encontre du but visé, qui est d'utiliser de façon complète et optimale les ressources limitées dont le pays dispose. La tendance est toujours à la création de services distincts (hygiène du travail, santé scolaire, santé des détenus, planification familiale, etc.) alors qu'il vaudrait mieux grouper ces services en un service unique.

On n'a pas étudié de manière approfondie les interactions qui se produisent contre le secteur sanitaire public et le secteur non public, ni évalué leur importance. Le secteur non public comprend des personnes et des institutions dont les niveaux de compétence et les ressources varient considérablement, qui vont de l'hôpital spécialisé au généraliste exerçant à titre privé, au pharmacien, à la sage-femme de village ou même au guérisseur local. Tous ces éléments font partie du système de prestations de santé et il est extrêmement dommage que les autorités sanitaires nationales ne tirent pas parti des ressources en argent et en personnel et des moyens d'organisation qui existent déjà sur le plan local et qui pourraient être mobilisés pour réaliser les objectifs du service de santé national. Si le secteur privé prédomine, les éléments défavorisés de la société risquent d'être privés des soins de santé indispensables. Ces soins ne devraient pas être fonction du pouvoir d'achat de l'individu. C'est pourquoi il incombe aux gouvernements d'assurer des soins qui soient gratuits ou soient à la portée de chacun. La plupart des gouvernements sont conscients de cette responsabilité, mais il est rare qu'ils envisagent l'approche rationnelle, qui consisterait à assurer ces soins modestement au départ, si les ressources sont limitées, mais équitablement à toute la population.

2.4.4 Principaux obstacles de caractère technique

Les insuffisances des services de santé sur le plan technique sont très nombreuses; cependant, il ne sera question ici que de celles dont l'élimination conditionne le succès de l'action sanitaire et de celles qui ont des retentissements directs sur la santé des populations.

a) Insuffisance de l'éducation sanitaire

Une forte morbidité et une forte mortalité, notamment parmi les enfants et les nourrissons, indiquent non seulement que le niveau de santé de la collectivité est médiocre, mais aussi que l'éducation sanitaire est insuffisante. Un grand nombre de maladies pourraient être évitées sans que le corps médical ait pratiquement à intervenir, si les gens étaient informés à leur sujet et incités à prendre à temps les précautions nécessaires. C'est notamment le cas de la plupart des maladies de l'enfance, des maladies nutritionnelles, notamment chez les nourrissons, et des maladies contre lesquelles il existe des vaccins. L'éducation sanitaire est particulièrement nécessaire dans les régions où le réseau de services de santé est mince et où la population doit apprendre à se protéger elle-même contre la maladie et à ne chercher de l'aide qu'en cas de besoin.

Dans la mesure où l'on assure une éducation sanitaire, celle-ci n'est souvent qu'un enseignement théorique. Comme il ne suffit pas d'informer les gens pour les amener à agir, les résultats sont forcément décevants. On a en outre négligé d'adapter l'éducation sanitaire en fonction des ressources existantes - économiques, humaines et culturelles - ce qui est une autre cause d'échec.

Si la présence d'un petit nombre de spécialistes de l'éducation sanitaire peut être nécessaire pour planifier et orienter les activités d'éducation sanitaire, on est surpris de constater tout ce qu'on pourrait faire - et qu'on ne fait pas - si l'on utilisait les ressources humaines locales : enseignants, travailleurs agricoles, agents du développement communautaire, et parfois chefs religieux, groupes de jeunes, guérisseurs traditionnels, etc. Il serait facile de citer

des exemples des excellents résultats qu'on peut obtenir en confiant à ces personnes le soin d'enseigner à la population - surtout si elle compte de nombreux analphabètes - quelles mesures souvent simples elle peut prendre pour prévenir les maladies dangereuses, notamment en matière d'hygiène du milieu, d'assainissement de l'eau et d'élimination des excreta; on sait en effet qu'un grand nombre d'installations d'hygiène ne sont ni utilisées ni entretenues correctement.

Le rôle principal de l'éducation sanitaire est de donner aux gens le respect de soi qu'ils acquerront tout naturellement dès lors qu'ils sauront qu'ils peuvent éviter la maladie et ainsi modifier eux-mêmes le cours de leur vie.

b) Absence d'assainissement de base

Dans la plupart des pays en voie de développement, la qualité de l'assainissement de base est bien inférieure au niveau jugé nécessaire pour prévenir et combattre les maladies transmissibles, ainsi que pour promouvoir et maintenir le bien-être physique, mental et social. Dans le domaine de l'assainissement de base il faudrait satisfaire un certain nombre de besoins : eau pure, environnement sain, denrées alimentaires non contaminées, bonnes conditions de logement. Cela exige un approvisionnement suffisant en eau saine, la collecte et l'élimination hygiéniques des déchets humains, la planification et le contrôle de l'urbanisation, la construction de logements salubres, des mesures de lutte contre la pollution, d'hygiène des denrées alimentaires, de lutte antivectorielle et d'éducation sanitaire. Dans tous ces secteurs, les mesures prises devront être liées au développement économique et social et à l'action communautaire. Or, les principes et les concepts modernes de l'assainissement sont assez nouveaux dans de nombreuses régions en voie de développement. La population et les autorités opposent une force d'inertie à des mesures dont elles ne parviennent pas à comprendre la nécessité. Un obstacle majeur est souvent l'absence de services d'infrastructure compétents qui pourraient s'acquitter efficacement de toute une série de tâches.

Une enquête menée par l'OMS dans 91 pays en voie de développement a montré que seulement 29 % de l'ensemble des populations avaient accès à de l'eau potable et saine à la fin de 1970. Dans les collectivités urbaines, 50 % des habitants étaient raccordés au réseau de distribution, tandis que 19 % allaient chercher l'eau à une borne publique. Dans les régions rurales, plus de 85 % des habitants ne disposaient pas d'eau potable. Dans les villes, l'approvisionnement en eau sous canalisation était souvent intermittent, ce qui constitue un risque pour la santé.

L'immensité des problèmes est illustrée par les objectifs relativement modestes assignés à la deuxième décennie des Nations Unies pour le développement (1971-1980), à savoir : raccorder 60 % des populations urbaines au réseau d'approvisionnement en eau et alimenter les 40 % restants au moyen de bornes-fontaines publiques; assurer des services d'égout à 27 % de toutes les populations urbaines; quant aux populations rurales, 25 % devraient bénéficier d'un accès relativement facile à de l'eau potable et 10 % être dotées d'installations hygiéniques d'élimination des excreta.

L'assainissement de base dans les régions rurales constitue une entreprise importante et de longue haleine et il paraît maintenant évident que les administrations sanitaires ne peuvent à elles seules assurer toutes les tâches que cela implique. Les normes et les contrôles de qualité sont traditionnellement confiés aux ministères de la santé; mais d'autres ministères (agriculture, travaux publics, mines et génie rural) sont peut-être mieux équipés et mieux placés aux yeux des responsables de la planification économique pour exécuter des travaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Là encore, une approche plurisectorielle et une coopération étroite entre les services responsables sont indispensables.

c) Insuffisance des liaisons et des transports

Le bon fonctionnement des services de santé exige notamment des liaisons satisfaisantes entre leurs différents éléments, y compris les agents sanitaires qui assurent les soins primaires dans les villages. L'insuffisance des transports et des liaisons est à l'origine d'un grand nombre des difficultés que la plupart des pays en voie de développement éprouvent à assurer des

services de santé dans les régions rurales, les principales de ces difficultés sont : l'encadrement insuffisant du personnel, le manque de moyens de consultation et d'aiguillage des malades, l'approvisionnement insuffisant en médicaments, équipements et fournitures, le sentiment d'isolement et de rejet éprouvé par le personnel, le manque d'information sur les besoins et les possibilités.

Les transports modernes se prêtent mal à une utilisation dans les pays en voie de développement; ils comportent certaines contraintes qui sont ressenties de manière plus aiguë dans les pays en voie de développement non encore entrés dans l'ère de la technique. Les dépenses d'exploitation sont élevées, compte tenu des ressources limitées de ces pays; aux échelons ministériels supérieurs, on ne comprend pas assez les problèmes techniques et les pays manquent de techniciens capables d'assurer la bonne marche d'appareils compliqués.

Depuis la fin des années 40, le FISE a fourni des quantités importantes de véhicules de toutes sortes pour faciliter l'exécution de ses programmes sociaux. Ces derniers ont souffert des défaillances de l'élément transport, mais on a enfin compris que l'introduction et l'utilisation croissantes de matériel technique moderne dans des sociétés qui ne sont pas entrées dans l'ère technique exigent que l'on renforce les services d'appui; autrement dit, il faut apprendre aux gens à utiliser, entretenir et réparer le matériel.

Les années 70 ont connu une augmentation sans précédent du coût des transports, et il y a eu une hausse spectaculaire du prix du carburant au cours des douze derniers mois. Pour des raisons évidentes, l'augmentation a été proportionnellement plus forte dans les pays en voie de développement que dans les pays développés; elle est maintenant l'une des principales causes de l'augmentation du coût des services de santé.

Les pays en voie de développement qui ont créé des services médicaux aériens ont rencontré de nombreuses difficultés financières et techniques. De plus, ces services ne sont généralement pas conçus pour assurer des soins primaires et paraissent n'être efficaces que pour assurer des soins complémentaires aux malades dans les régions où il existe des services de soins primaires.

Certes, de nombreux problèmes peuvent être résolus grâce aux émetteurs-récepteurs radio et aux avions, surtout si on les utilise dans des conditions bien précises, en vue d'objectifs limités et dans le cadre d'un système élargi de soins médico-sanitaires, mais leur coût unitaire est souvent exorbitant. Il faut donc procéder à des analyses coût/avantages, comparer ces moyens avec d'autres, et considérer notamment la possibilité de rendre la collectivité autonome sur le plan des soins primaires.

d) Manque d'informations sanitaires valables

La confusion subsiste entre les "données statistiques" et l'"information" si bien que de nombreux services de statistique ne fournissent pas aux administrateurs de la santé publique les éléments dont ils auraient besoin pour prendre des décisions rationnelles. Si l'on veut que les services nationaux de santé soient en mesure de résoudre les véritables problèmes des collectivités, il faut modifier radicalement les objectifs et les méthodes du rassemblement des données. La collecte systématique de données d'une valeur ou d'un intérêt douteux n'est utile ni pour les responsables des prises de décisions, ni pour la collectivité que l'on dessert. Bien au contraire, elle aboutit à un gaspillage de ressources qui pourraient être plus avantageusement utilisées pour assurer des services directs à la population. On peut donc se demander s'il faut recueillir systématiquement des données, alors que, dans bien des cas, des sondages périodiques ou des enquêtes spéciales peuvent, si leurs résultats sont utilisés judicieusement, fournir des informations plus utiles à moindre frais.

Il faudrait donc restructurer les services d'information, créer des sous-systèmes en fonction des priorités du service de santé et utiliser une méthode visant à résoudre les problèmes cas par cas.

3. PRINCIPAUX POINTS RESSORTANT DES ETUDES DE CAS

3.1 Introduction

Pour choisir les programmes devant faire l'objet des études de cas dont traite la présente section, on s'est fondé sur les recommandations formulées par des membres de tableaux OMS d'experts et par les bureaux régionaux ainsi que sur les renseignements contenus dans divers documents, rapports et publications. Il n'a pas échappé au groupe d'étude que les programmes retenus ne constitueraient que des exemples d'entreprises novatrices dans le monde. En outre, beaucoup d'entre eux ne peuvent encore être considérés comme ayant réussi et apparaissent seulement comme des tentatives prometteuses. Néanmoins, étant donné le peu de temps dont il disposait, le groupe a dû s'en tenir à un certain nombre de cas. Ils relèvent de trois grandes catégories : la première est celle des programmes novateurs lancés à l'échelle nationale, la seconde celle des activités prometteuses de portée limitée, et la troisième celle des programmes pouvant amener une extension ou une amélioration de la couverture assurée par les services de santé.

Des descriptions, comportant de nombreux renseignements, figurent dans les annexes. La présente section est consacrée essentiellement aux traits saillants des approches novatrices adoptées et aux principes dont elles s'inspirent.

Les rapports complets, qui donnent de plus amples détails sur chaque programme et sur le pays ou la zone en cause, font l'objet de documents distincts assortis souvent d'annexes concernant des aspects particuliers. On pourra[1] les obtenir sur demande adressée à la Division du Renforcement des Services de Santé, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève, Suisse.

3.2 Bangladesh : approche adoptée pour le développement des services de santé[2]

La stratégie appliquée pour développer les services de santé vise à mettre l'accent non plus sur l'action curative mais sur l'action préventive et à instaurer un système de distribution qui assure des soins intégrés et complets à la population rurale.

A cette fin, le Gouvernement donne la priorité à la formation d'agents sanitaires polyvalents.

L'élément essentiel de l'équipe de santé est un auxiliaire travaillant au niveau du village et appelé agent sanitaire de base. Il dessert 4000 personnes au plus et bénéficie d'une supervision adéquate. Il fait des tournées régulières dans les maisons d'un secteur déterminé, cela conformément à un calendrier établi à l'avance, chaque maison étant visitée au moins une fois par mois. Lors de ses visites, il pratique des vaccinations contre la variole, le choléra, la fièvre typhoïde et la tuberculose et recueille des échantillons de sang et de crachats pour examen au laboratoire. Il procède à l'éducation sanitaire en ce qui concerne l'assainissement, l'épuration de l'eau et la santé de la famille (y compris la planification familiale) et fournit lorsque c'est nécessaire des médicaments antipaludiques, antituberculeux et antilépreux.

A l'échelon immédiatement supérieur, celui de l'"union",[3] un inspecteur sanitaire assistant contrôle quatre agents sanitaires de base. Il relève directement du médecin ou de l'assistant médical responsable du sous-centre.

---

[1] Les traductions de ces documents ne sont pas encore prêtes.

[2] Pour une brève description des services de santé du Bangladesh, voir l'annexe III.

[3] Le "thana", district de police comptant de 100 000 à 200 000 personnes, est divisé en "unions" de 15 à 20 villages.

Le médecin ou son assistant fait fonction de chef d'équipe. Au niveau du "thana",[1] le centre de santé rural dirige les travaux de tous les sous-centres qui peuvent leur envoyer des patients.

Le Gouvernement a organisé un système de formation permanente pour accroître les connaissances et les compétences des agents sanitaires de base et améliorer la qualité des soins qu'ils dispensent.

Pour compléter ces indications relatives à la stratégie suivie par le Gouvernement pour développer les services de santé ruraux, voici quelques précisions sur deux projets.

Projet de Savar

Axé pour une large part sur la prévention, ce projet comporte principalement la vaccination contre les maladies transmissibles et le développement de la planification familiale. Des services curatifs limités sont assurés par des consultations au siège du projet et dans les sous-centres. L'hôpital du siège dispose de lits et fait face aux situations d'urgence. Pour l'utilisation des moyens de soins médicaux, la préférence est donnée aux familles ayant souscrit au plan d'assurance du projet, chacune de ces familles versant deux takas[2] par mois.

Le principe admis est que le projet de Savar doit couvrir ses frais dans la mesure du possible à l'aide des primes d'assurance payées par la population.

Les soins ambulatoires sont gratuits pour les assurés qui, lorsqu'ils doivent être hospitalisés, versent un montant de cinq takas, plus un taka par jour. L'hôpital ne nourrit pas les malades mais tous les médicaments sont fournis gratuitement. Les personnes non assurées paient deux takas par consultation mais reçoivent les médicaments gratuitement; elles paient pour être hospitalisées.

Le plan d'assurance représente le moyen le plus direct d'assurer la participation de la collectivité. Cette participation a déjà entraîné un changement très net dans l'attitude des villageois à l'égard des services de santé qui sont considérés comme quelque chose qu'on obtient en échange de son argent et non plus comme une sorte de charité.

L'une des idées dont s'inspire le projet est que les soins de santé ne doivent pas être envisagés isolément, mais dans la perspective d'ensemble du développement. Des métiers artisanaux et des méthodes agricoles améliorées sont enseignés aux membres de la collectivité pour que le revenu des familles s'accroisse. L'éducation sanitaire est faite en liaison avec les programmes d'agriculture et de nutrition.

Un vulgarisateur à plein temps, assisté de deux enseignants, dirige le centre. Toutes les jeunes femmes qui sont devenues des conseillères pour la planification familiale ont pris contact avec le projet par l'intermédiaire du centre de couture.

Des étudiants de l'université et des élèves des écoles sont formés à certaines activités médico-sociales, y compris l'éducation des adultes, et des jeunes filles sont recrutées dans les villages pour servir de propagandistes de la santé et de la planification familiale. Des enquêtes sont menées dans tous les villages afin de mieux connaître les problèmes de santé.

Le projet de Savar a été mis sur pied par un groupe de membres du personnel de santé. Le succès qu'il obtient apparemment semble démontrer qu'il est possible pour des médecins d'instituer un système de santé différent des systèmes classiques pourvu que l'entreprise soit compatible avec la philosophie et la stratégie sanitaire nationales.

---

[1] Le "thana", district de police comptant de 100 000 à 200 000 personnes, est divisé en "unions" de 15 à 20 villages.

[2] Un taka = US $0,12 (1974).

Projet de nutrition de Jurain

En 1968, une étude pilote a été faite à Jurain (banlieue de Dacca) pour aider à déterminer les moyens d'améliorer l'état nutritionnel, principalement par l'auto-assistance. On a créé un centre agricole où ont été démontrées des méthodes modernes d'exploitation. Une activité d'éducation sanitaire a été menée. La population a été encouragée à accroître sa consommation de légumes, de fruits, de poisson, de volaille, d'oeufs, de lait et de blé en mettant en culture des terres arables jusqu'alors inutilisées et en élevant de la volaille ainsi que des poissons se reproduisant rapidement. Un ensemble de maisons de type bungalow a été construit. On a ouvert un centre féminin où les femmes de la collectivité ont pu apprendre le tricot et la couture, des métiers artisanaux (utilisant le jute) et la cuisine (grâce à des démonstrations de préparation des aliments). Un centre de santé destiné tout particulièrement aux femmes et aux enfants a été installé, de même qu'un centre pour les jeunes qui a organisé des cours d'éducation des adultes et des cours sur les pratiques agricoles modernes, les jeunes étant encouragés à s'adonner à l'agriculture.

La troisième année, un examen d'ensemble des activités a révélé que la proportion des foyers ayant un jardin potager était passée de 4 % à 84 %. De plus, beaucoup de ces familles élevaient de la volaille et vaccinaient périodiquement leur volaille et leur bétail. Au total, 46 étangs et fossés avaient été peuplés d'alevins. Une influence favorable avait été exercée sur les habitudes alimentaires, la consommation de légumes verts et d'aliments protéiques tels que la viande, le poisson et les oeufs ayant notamment augmenté. L'alimentation des femmes enceintes et des enfants était plus rationnelle et les pratiques de sevrage s'étaient considérablement améliorées. Toutes les femmes enceintes de la zone de démonstration avaient été incitées à se rendre au centre de santé maternelle et infantile au moins une fois pendant leur grossesse - ce qui était tout à fait inhabituel dans cette collectivité. Grâce aux mesures préventives prises, il n'y avait eu aucune poussée de choléra ou de variole dans la zone pendant trois ans.

Conclusion

La réorganisation des services de santé par la réorientation et le recyclage du personnel ainsi que par l'intégration des fonctions des agents sanitaires a réduit les doubles emplois et grandement amélioré la distribution des soins. Une couverture plus efficace, en particulier dans les régions rurales, a été assurée au moyen des agents sanitaires de base (appelés aussi agents de santé de la famille) qui se rendent une fois par mois dans chaque maison pour s'y acquitter de tâches simples, bien définies, de protection et de promotion de la santé. Au Bangladesh, où une grande partie des terrains sont imprégnés d'eau et où les communications sont difficiles, c'est un système relativement simple de distribution des soins comme celui qui a été décrit plus haut qui paraît le plus prometteur.

Le projet de Savar est de date relativement récente et a bénéficié depuis son lancement d'un appui extérieur notable. De plus, la région de Savar n'est probablement pas aussi pauvre que le reste du Bangladesh. Cependant, il est possible de tirer des conclusions importantes. Un système d'auto-assurance partielle peut fonctionner même dans des zones extrêmement pauvres et aider à susciter une participation active de la collectivité, pourvu qu'il y ait un degré raisonnable de sécurité ou de stabilité financière.

Le projet de Jurain montre clairement que la qualité de la vie peut être relevée dans une mesure appréciable grâce à l'effort personnel et à l'emploi de méthodes relativement simples pour améliorer l'assainissement, la nutrition (par l'adoption de pratiques agricoles plus efficaces), la santé maternelle et infantile et les services destinés aux femmes illettrées et jusqu'alors non productrices. En outre, ce projet montre qu'il est possible de soutenir des activités locales qui contribuent à promouvoir la santé d'une collectivité.

3.3 Les soins de santé en République populaire de Chine[1]

On s'accorde à reconnaître qu'avant 1949 les conditions sanitaires pour une grande partie de la population chinoise étaient déplorables et les services de santé très inadéquats. Au cours des années 1930 et 1940, la population chinoise a subi les conséquences d'une misère généralisée, d'une mauvaise hygiène, d'un état de guerre continu et de la grande diffusion des maladies. La médecine préventive était quasi inexistante dans la presque totalité de la Chine, si l'on excepte certains projets spéciaux exécutés le plus souvent avec une aide étrangère. La médecine thérapeutique du type scientifique moderne ("médecine occidentale") était presque inconnue dans les zones rurales - où vivent 80 % des Chinois - et dans la plupart des quartiers pauvres des villes.

Depuis la libération, les dirigeants se sont beaucoup préoccupés de la santé du peuple et ont clairement indiqué que les services de santé devaient être orientés vers la masse des ouvriers et des paysans pour desservir la grande majorité de la population. Comme les régions rurales comptent plus de 80 % des habitants du pays, desservir la grande majorité de la population, c'est desservir principalement la population rurale.

A partir de 1949, un rang élevé de priorité a été accordé aux soins de santé. Les principes suivants, adoptés lors d'un Congrès national de la Santé tenu au début des années 1950, sont toujours considérés comme fondamentaux : 1) la médecine doit être au service du peuple; 2) la médecine préventive doit avoir le pas sur la médecine curative; 3) la médecine traditionnelle chinoise doit être intégrée à la médecine occidentale; et 4) l'action sanitaire doit être menée avec la participation de la population - faire fond sur les masses est essentiel.

Dans les zones rurales, il existe des centres sanitaires de commune qui, tout en assurant l'administration du système de santé à leur échelon, servent de bases pour des activités préventives et curatives. Ces centres ont des consultations externes, des services d'hospitalisation, des salles d'opération et des laboratoires. Fréquemment, ils organisent des équipes médicales mobiles qui font des tournées dans les villages.

Une commune se subdivise en brigades de production dont chacune possède une station sanitaire desservant en moyenne un millier de personnes. A ce niveau, des médecins aux pieds nus s'acquittent de diverses tâches : éducation sanitaire, planification familiale, prévention et traitement des maladies les plus courantes. Pour les autres maladies ou pour les accouchements difficiles, les patients sont envoyés aux centres sanitaires de commune ou soignés par une équipe médicale mobile.

Une brigade se compose de plusieurs équipes de production dotées chacune d'un aide sanitaire ou de plusieurs. Ces agents administrent les premiers secours, traitent les maux simples et, en cas de difficulté, consultent des médecins aux pieds nus. Ils assurent aussi divers services préventifs : vaccinations, désinfection de l'eau, évacuation des déchets et compostage.

Les centres sanitaires des communes populaires, les stations sanitaires des brigades de production et les aides sanitaires des équipes de production constituent le réseau des services de santé dans les zones rurales. L'hôpital de circonscription donne des avis techniques aux centres sanitaires et les aide à résoudre les problèmes difficiles.

Il y a des agents analogues aux médecins aux pieds nus dans les usines et dans les quartiers des villes. Ceux des usines, appelés "médecins ouvriers", sont choisis par leurs camarades de travail comme les médecins aux pieds nus le sont par les villageois et reçoivent une formation initiale de brève durée, un mois ou deux d'habitude. Ils fournissent dans les ateliers ou au centre de santé de l'usine certaines prestations : médecine préventive, éducation sanitaire,

---

[1] Pour une brève description des services de santé en République populaire de Chine, voir l'annexe IV.

médecine du travail, premiers secours et soins médicaux primaires. Leur supervision et leur formation permanente sont assurées par les médecins et assistants médicaux du dispensaire de l'usine ou du quartier à qui ils peuvent adresser des malades. Le médecin ouvrier comme le médecin aux pieds nus ne consacre qu'une partie de son temps à l'action sanitaire et continue à exercer son métier; il reçoit un salaire semblable à celui des autres ouvriers de l'usine.

Les villes chinoises sont divisées en districts de plusieurs centaines de milliers d'habitants. Les districts sont subdivisés en quartiers ou "rues" d'environ 50 000 personnes organisées en "comités de résidents" ou "allées" d'approximativement 5000 personnes. Les comités sont partagés en "groupes" de 100 personnes. Tous les services sont décentralisés jusqu'au plus petit échelon local. En règle générale, chaque comité de résidents possède une station sanitaire employant des ménagères ou des retraités qui ont fait un stage de courte durée et qu'on appelle des "travailleurs médicaux rouges". Ces agents sont formés et supervisés par les médecins et les assistants médicaux du dispensaire ou de l'hôpital de quartier; ils peuvent aiguiller les malades vers ces services ou les envoyer directement à l'hôpital général de district si nécessaire.

La réduction du taux de natalité est considérée comme l'une des tâches les plus importantes des agents sanitaires et des dirigeants de quartier et de commune. Dans les "allées" urbaines, les travailleurs médicaux rouges sont chargés de diffuser l'information concernant la régulation des naissances. Ils vont de porte à porte, discutant avec les femmes du nombre d'enfants qu'elles désirent et des méthodes contraceptives qu'elles utilisent. L'avortement, regardé comme un moyen auquel recourir en cas d'échec de la contraception mais non comme une méthode essentielle de régulation des naissances, est gratuit et facile à obtenir. Cependant, les femmes non mariées ne le demandent presque jamais; en effet, les grossesses parmi elles sont extrêmement rares. Les naissances illégitimes sont inconnues.

Les membres de la collectivité sont souvent mobilisés pour des tâches intéressant la santé. C'est ainsi qu'une action de grande envergure a été menée contre l'analphabétisme et la superstition. Des campagnes de masse ont été organisées. L'une des plus célèbres est celle qui visait l'élimination des "quatre parasites" (à l'origine, il s'agissait des mouches, des moustiques, des rats et des moineaux pilleurs de céréales, mais lorsqu'on s'aperçut que la disparition des moineaux risquait d'entraîner de graves problèmes écologiques, on les remplaça dans la liste par les punaises). Les gens ont été encouragés à construire des installations d'assainissement et à veiller à la propreté de l'environnement. Des campagnes ont aussi été entreprises contre diverses maladies. Chaque fois, il était souligné que la santé présente de l'importance non seulement pour le bien-être individuel, mais encore pour celui de la famille, de la collectivité et du pays dans son ensemble.

On a utilisé à grande échelle les équipes sanitaires mobiles. La plupart des médecins des villes ont été requis de participer à l'action de ces équipes ou à d'autres activités médicales dans les zones rurales, de sorte qu'à tout moment environ un tiers des agents sanitaires urbains exerçaient en dehors des villes. Ainsi, ils fournissaient des services aux ruraux et étaient en outre censés "se rééduquer" eux-mêmes grâce à l'expérience qu'ils acquéraient. Ils avaient notamment pour fonction de donner à un grand nombre de paysans la formation nécessaire pour assurer ensuite des services d'hygiène du milieu, d'éducation sanitaire et de médecine préventive et pour dispenser les premiers secours et les soins médicaux primaires tout en poursuivant leurs activités agricoles.

Au cours de la période 1966-1969, de nombreuses réformes ont été introduites dans l'enseignement médical. Les écoles supérieures de médecine ont commencé à admettre des étudiants ayant un niveau d'instruction moins élevé mais ayant travaillé dans des usines ou des communes; ces étudiants étaient désignés par leurs camarades de travail au service desquels ils devaient revenir. Le programme d'études a été remanié de manière à insister davantage sur les aspects pratiques que sur les aspects théoriques et à faire une place plus large à la médecine traditionnelle chinoise. A titre expérimental, la durée des études a été réduite à trois ans et demi au lieu de six. Les instituts de recherche de l'Académie chinoise des Sciences médicales se sont intéressés beaucoup plus au traitement des maladies courantes et en particulier au rôle des techniques de médecine chinoise.

Ces dernières années, plus d'un million de médecins aux pieds nus ont été formés. Ils constituent l'élément essentiel de l'action sanitaire dans les zones rurales et leur influence se fait de plus en plus sentir. On les recrute parmi les jeunes membres des communes. Ce sont des agents médicaux à temps partiel qui continuent aussi, comme les autres paysans, à effectuer pieds nus des travaux agricoles, d'où le nom qui leur est donné. Ils reçoivent une formation préliminaire de trois à six mois dans un centre sanitaire de commune, un hôpital de circonscription ou une équipe médicale mobile, parfois dans une des quelques écoles de médecine qui organisent des cours à l'intention de ces personnels. On les prépare à traiter les maladies répandues dans les zones où ils seront affectés. Ils apprennent à utiliser contre 60 à 80 troubles courants l'acupuncture et d'autres techniques préventives et curatives. Après cette formation préliminaire, ils acquièrent en cours d'emploi, sous supervision, davantage de connaissances et d'expérience. De temps à autre, ils suivent des cours de recyclage de façon à pouvoir assumer toujours plus de responsabilités. Au bout de plusieurs années de travail, quelques-uns d'entre eux sont choisis par les communes pour faire des études médicales complètes avant de revenir exercer dans leur localité d'origine.

Les médecins aux pieds nus et tous les auxiliaires de santé des zones périphériques bénéficient d'une formation permanente durant l'emploi, de cours de recyclage et de l'appui des établissements sanitaires des échelons supérieurs.

On a institué dans les zones rurales une coopérative pour les services médicaux. Elle est financée par les paysans eux-mêmes et par les caisses de prévoyance sociale des brigades de production; au besoin le Gouvernement verse des subventions. Ce système assure la gratuité des soins médicaux. En cas d'hospitalisation, les honoraires des médecins sont payés par la coopérative.

Dans l'action de santé en milieu rural, l'économie est de règle. Les médecins aux pieds nus reçoivent des "points" pour leurs activités médicales tout comme pour leur travail agricole. La rémunération des services médicaux dans les régions rurales est calculée d'après le niveau local des prix.

On ne possède pas encore de statistiques nationales sur l'état sanitaire actuel de la population chinoise, mais les personnes qui se sont rendues récemment dans le pays disent avoir vu un peuple sain et vigoureux. Bien qu'une grande partie de la Chine soit encore assez peu développée sur le plan technologique et que les gens - en particulier dans les zones rurales - travaillent beaucoup et durement, il n'y a nulle part trace de la malnutrition, des maladies infectieuses et des autres signes de mauvaise santé qui s'observent fréquemment à ce niveau de développement.

Les modifications du système de soins ont certainement beaucoup contribué aux progrès notés dans la situation sanitaire, mais elles n'en sont pas les seules causes. Des améliorations dans le domaine de la nutrition, de l'assainissement et du niveau de vie ont joué un rôle au moins aussi important. Un facteur crucial de l'évolution spectaculaire enregistrée a été l'application des principes suivants :

1) Redistribution des ressources en matière de prestations sanitaires : de ceux qui étaient auparavant le mieux desservis à ceux qui l'étaient le moins bien.

2) Encouragement de la population à compter sur soi et à recourir à l'aide mutuelle pour résoudre les problèmes sanitaires. Le service de santé est conçu pour répondre aux besoins du peuple tels que les perçoit la direction politique.

3) Modification des habitudes de pensées féodales et fatalistes des gens grâce à la participation des masses et au recours, inspiré d'une conviction profonde, à l'apprentissage par l'action.

4) Formation d'un grand nombre d'agents sanitaires professionnels à plein temps.

5) Plus récemment, formation de nombreux agents sanitaires à temps partiel qui poursuivent simultanément leurs tâches normales de paysans, d'ouvriers ou de ménagères et qui travaillent sous supervision dans un cadre hautement structuré.

6) Accent mis sur la médecine préventive appliquée dans les campagnes de masse et intégrée à la médecine curative.

7) Sauvegarde et renforcement des éléments valables de la médecine traditionnelle chinoise et intégration de ces éléments à la médecine moderne.

8) Incitation à trouver sa satisfaction à "servir le peuple" et à se vouer à la nation et à la collectivité plutôt qu'à rechercher la réussite personnelle.

3.4 Le système de soins de Cuba[1]

Ce qui se fait actuellement en matière sanitaire à Cuba est la conséquence de la transformation profonde des structures politiques et socio-économiques qui a suivi la révolution de 1959.

Jusqu'en 1959, une fraction considérable de la population, en particulier dans les zones rurales, ne bénéficiait d'aucune prestation sanitaire. L'Etat entretenait, surtout dans les villes, des services mal organisés et insuffisants. Les services privés échappaient à peu près à tout contrôle, étaient de qualité extrêmement variable et n'intéressaient guère que les zones urbaines. Il n'y avait pas de développement planifié des services de santé.

La situation antérieure à la révolution peut se résumer comme suit :

1) Absence de système national, de coordination des services existants et de programmes verticaux pour résoudre les problèmes prioritaires.

2) Inadéquation quantitative des services, la population étant laissée à ses propres ressources pour les soins médicaux que, dans ces conditions, beaucoup de gens ne pouvaient obtenir.

3) Qualité inférieure des services de l'Etat comparés aux services privés qui étaient généralement très coûteux.

4) Prédominance des services curatifs, la médecine curative étant presque inconnue.

5) Divorce entre l'enseignement médical et les besoins sociaux, les étudiants étant préparés à exercer la médecine curative en clientèle privée.

Après la révolution, la priorité donnée aux services de santé et les modifications introduites ont résulté d'une décision politique fondée sur les besoins de la population tels que les percevaient les dirigeants politiques, parmi lesquels on comptait un certain nombre de médecins. La santé, l'enseignement et les moyens de communication occupent une place très importante dans les plans de développement socio-économique et une part considérable du budget national leur est affectée. Les soins de santé sont considérés comme dus au titre des droits de l'homme et comme constituant un excellent investissement politique. Les services sont gratuits et gérés par l'Etat. L'égalité dans la distribution est de nécessité politique; elle se réalise progressivement. L'organisation repose sur les quatre principes fondamentaux suivants :

1) La santé de la population est la responsabilité du Gouvernement.

2) Les services de santé doivent être à la disposition de toute la population.

3) La collectivité doit participer activement à l'action sanitaire.

4) Les services préventifs et curatifs doivent être intégrés.

---

[1] Pour une brève description des services de santé de Cuba, voir l'annexe V.

Afin de disposer pour le développement des services de santé dans tout le pays d'un modèle répondant à des conditions spécifiquement cubaines, on a établi une zone pilote dans laquelle a été mis sur pied un système intégré englobant la santé maternelle et infantile, les soins médicaux, la lutte contre les maladies transmissibles, l'assainissement, l'hygiène alimentaire, la médecine du travail, l'éducation sanitaire et la dentisterie.

Les résultats des études faites dans la zone pilote ont été connus au bout de six mois et des mesures ont été prises pour organiser un système analogue dans tout le pays, principalement dans les régions rurales dépourvues de services de santé. Le développement des services dans les centres urbains a été momentanément interrompu. On a lancé des campagnes de vaccination et des programmes de lutte contre la gastro-entérite et contre la tuberculose intéressant toute la population. Une attention toute particulière a été prêtée aux facteurs influant sur la mortalité maternelle et infantile. Les activités pertinentes ont été progressivement étendues à toutes les régions du pays.

A l'échelon local existent des comités sanitaires populaires. Chacun d'eux est présidé par le médecin-directeur de l'établissement local et comprend des représentants de toutes les organisations de masse de la collectivité (Comités de Défense de la Révolution, Fédération des Femmes cubaines et syndicats de travailleurs) ainsi que, dans les régions rurales, de l'Association nationale des petits Exploitants qui appartient au secteur privé. Le Parti communiste est également représenté au comité sanitaire populaire. Celui-ci se réunit régulièrement pour discuter d'une vaste gamme de problèmes (par exemple, les vaccinations des écoliers et l'hygiène de la production de lait).

Les organisations de masse prennent une part notable à diverses activités sanitaires : campagnes de vaccination, assainissement, éducation pour la santé. Grâce aux Comités de Défense de la Révolution, qui comptent trois millions et demi de membres, il a été possible d'administrer en quelques heures, moyennant un très faible coût, du vaccin antipoliomyélitique buccal à un million et demi d'enfants.

L'éducation sanitaire de la population se fait de façon continue suivant un plan bien défini; elle est dans une large mesure assurée par les différentes organisations de masse. La couverture complète du pays par la radio, la télévision et la presse, qui sont facilement accessibles aux responsables de la santé, et l'existence d'une population alphabétisée capable de comprendre le "message" diffusé favorisent beaucoup les activités sanitaires.

Le développement des services de santé est allé de pair avec celui des régions rurales, avec l'organisation d'un réseau étendu de communications et avec la création de nouveaux villages regroupant des populations éparpillées et leur fournissant des installations d'assainissement, des services de santé et d'enseignement, etc. L'enseignement médical a été modifié de façon à orienter les futurs agents sanitaires de toutes catégories vers l'action dans l'intérêt de la collectivité. Une structure entièrement nouvelle a été mise sur pied pour la formation des auxiliaires et des techniciens de niveau moyen. On crée des établissements de formation selon les besoins des services de santé à chaque échelon. La formation permanente du personnel de santé est dûment assurée.

Il a été décidé de ne pas utiliser les accoucheuses empiriques et les sorciers guérisseurs (curanderos). Interdiction a été faite à ces derniers d'exercer. Quant aux accoucheuses traditionnelles, elles ont été progressivement absorbées par les services de santé, principalement en qualité d'auxiliaires.

Compte tenu de l'expérience acquise, un processus plus structuré de programmation, avec des buts et des objectifs plus spécifiques, a été élaboré. En outre, depuis 1963, on s'est efforcé d'établir un système d'information qui puisse aider à définir les problèmes et à suivre les progrès.

Dès les premières années du nouveau régime, des groupes spécialisés ont été organisés. Ils se composent d'experts et de professeurs d'université qui participent, en étroite collaboration avec le personnel du Ministère, à la planification sanitaire dans les domaines de leur compétence. Pour chaque spécialité, il existe un groupe qui, compte tenu de l'état des connaissances et des ressources disponibles, met au point des normes destinées à orienter l'action dans les diverses situations possibles. Ces normes sont largement diffusées et révisées de temps à autre. Elles sont utilisées aux fins de la formation de base, de la formation en cours d'emploi, de la supervision, et de la préparation des plans et programmes.

Les idées de l'OMS concernant l'organisation et le développement des services de santé ont été appliquées de manière graduelle et pragmatique. Le système de santé est maintenant entièrement régionalisé, avec des fonctions bien définies à chaque échelon. La planification sanitaire fait partie de la planification socio-économique d'ensemble et, dans tous les domaines, les aspects sanitaires sont pris en considération. Par exemple, l'un des objectifs de la planification agricole est de produire assez de protéines d'origine animale pour la totalité de la population. La distribution rationnelle et équitable des denrées alimentaires est assurée par un système bien organisé.

Le Ministère de la Santé est en train (1974) de créer une unité spéciale en vue d'une planification à plus long terme. Jusqu'au début de la décennie 1970, on établissait des plans annuels visant à faire face aux problèmes immédiats et prioritaires, eu égard surtout aux taux de mortalité. Aujourd'hui, les plans relatifs à la santé publique couvrent des périodes plus longues et sont toujours coordonnés avec les plans socio-économiques. Des efforts couronnés de succès ont été déployés pour obtenir des statistiques de bonne qualité aux fins de la prise de décisions, de la planification sanitaire et de l'évaluation; chaque subdivision, région ou province possède maintenant son service de statistiques.

Situation actuelle et conclusions

Cuba a un système de santé dont bénéficient pratiquement 100 % des habitants, l'orientation des malades étant organisée de manière à assurer à chacun les soins voulus. Les services préventifs, curatifs et de réadaptation sont bien planifiés et intégrés et obtiennent d'excellents résultats, à en juger par les indicateurs sanitaires et les données de mortalité et de morbidité.

L'efficacité des services de santé cubains doit beaucoup à l'influence de certains facteurs : motivation très haute du personnel des services, alphabétisation complète de la population, forte proportion de médecins et d'autres agents professionnels, bons moyens de transport, mobilisation des masses, et participation intensive de la population.

3.5 Tanzanie - une conception novatrice des problèmes du développement des services de santé

Il faut replacer l'expérience tanzanienne dans le cadre du plan général de développement politique, économique et social du pays. La politique de développement, définie dans la déclaration d'Arusha (1967), met l'accent sur :

- le développement rural global;
- la mobilisation par l'Etat de toutes les ressources du pays afin d'éliminer la misère, l'ignorance et la maladie;
- la participation active de l'Etat à la création et au développement des organismes coopératifs;
- la participation des collectivités locales ("l'auto-assistance"), considérée comme un instrument de libération et de développement socio-économique;
- le peuple, la terre, une politique judicieuse et la bonne gestion des affaires publiques, considérées comme des préalables du développement.

Dans le cadre de la politique tanzanienne, la mise en place d'un système intégré de services de santé de base vise essentiellement à assurer au moindre coût une couverture et une utilisation suffisantes des services de santé. Les organismes consultatifs et l'aide étrangère ont joué un rôle considérable dans le pays. Lorsqu'on examine la façon dont la Tanzanie a cherché à satisfaire ses besoins sanitaires fondamentaux, il ne faut pas perdre de vue que ce pays figure parmi les 25 pays du monde qui ont le plus faible produit national brut.[1]

Les modifications récentes apportées à l'infrastructure sanitaire traduisent la priorité accordée au développement des services de santé ruraux, à l'approvisionnement en eau des régions rurales et à la généralisation de l'enseignement primaire gratuit. Etant donné que la grande majorité de la population vit dans les zones rurales, la politique sanitaire est envisagée comme un élément indissociable de la politique générale de développement rural. La façon dont la Tanzanie satisfait les besoins sanitaires fondamentaux de sa population découle donc directement des options prises par le pays en matière de développement des infrastructures socio-politiques et de mise en valeur des régions rurales.

Le renforcement de l'infrastructure sanitaire, de même que le développement rural en général, s'inspirent essentiellement du principe selon lequel il faut surtout compter sur soi-même. Cela suppose que les collectivités locales jouent un rôle important dans la mise en place des services et des installations nécessaires. Dans cette optique, la mobilisation des masses devient un moyen systématique d'action politique visant à sensibiliser les populations aux problèmes afin que, dans toute la mesure possible, elles résolvent elles-mêmes leurs problèmes. Dans le domaine de la santé, ce principe a été appliqué dans les opérations d'éducation sanitaire de masse chaque fois qu'il s'est agi d'insister sur l'importance de la prévention des maladies, mais on y a également eu recours pour résoudre les problèmes de soins curatifs.

L'intégration de la politique sanitaire dans la politique générale de développement rural exige un mécanisme de planification très complet et des priorités bien déterminées. On commence par planifier judicieusement les services de santé aux différents niveaux; les plans de santé ainsi élaborés sont coordonnés avec les plans de développement national, dont l'une des lignes directrices vise justement à promouvoir et rétablir la santé des populations. Cette intégration apparaît également dans la politique de développement rural, qui vise à constituer des agglomérations rurales plus grandes, essentiellement des villages Ujamaa, où le regroupement des populations facilite la protection sanitaire primaire, même au niveau du village. En créant des établissements humains plus importants dans les régions rurales, on tend aussi à réduire la distance, qui est le plus grand obstacle auquel se heurtent les services de santé ruraux dans les pays en voie de développement, car il gêne considérablement toute extension des soins de santé dans les zones de population clairsemée.

Inspirée du principe qu'il faut mobiliser les masses, lesquelles doivent compter essentiellement sur elles-mêmes, la solution tanzanienne fait une large place à la participation des collectivités locales au développement des services de santé au niveau du village. Par conséquent, la construction du poste de santé et du dispensaire de village est l'oeuvre des villageois, l'Etat se bornant à fournir les matériaux, les équipements et les services qu'on ne peut trouver sur place. Les villageois participent également à la construction des réseaux d'adduction d'eau de leur village et sont incités à construire leurs propres latrines.

Des agents du développement, qui ont reçu une formation spéciale, sont affectés dans les villages pour y stimuler le développement rural; ils le font en accordant l'attention voulue aux questions sanitaires car, au cours de leur formation, on leur a inculqué des notions d'hygiène et de médecine préventive. Les agents sanitaires ruraux aident les collectivités à améliorer la situation sanitaire; grâce à eux, les villages prennent conscience de leurs principaux problèmes de santé, sont amenés à reconnaître leurs besoins et à prendre les mesures nécessaires pour les satisfaire, et choisissent les meilleurs moyens de résoudre leurs problèmes.

---

[1] Des données fondamentales concernant ce pays figurent dans le rapport sur la conception tanzanienne du développement des services de santé (annexe VI).

Comme on l'a vu, les unités sanitaires rurales - le centre de santé rurale et le dispensaire - doivent fournir des services de santé complets aux collectivités rurales. Toutefois, le déséquilibre entre les soins curatifs et les soins préventifs demeure préoccupant même dans les régions rurales. Par ailleurs, plus le niveau des études générales d'une personne est bas et plus il lui est difficile d'assimiler des connaissances scientifiques et techniques relatives à la médecine moderne, même sous une forme simplifiée. L'effort de formation du personnel de santé rurale vise donc essentiellement à doter les services de santé rurale de personnel médical auxiliaire. On s'efforce de former quatre grandes catégories de personnel de santé primaire : les assistants médicaux, les auxiliaires sanitaires ruraux, les auxiliaires de santé maternelle et infantile, et les auxiliaires sanitaires, bien qu'il puisse paraître plus économique d'utiliser des agents polyvalents; en fait, les programmes de formation des assistants médicaux et des auxiliaires sanitaires ruraux sont conçus de manière à former des agents sanitaires polyvalents. Les activités des centres de santé et des dispensaires ruraux sont grosso modo de trois types : diagnostic et traitement des maladies, santé maternelle et infantile, salubrité de l'environnement. Former les différentes catégories de personnel capables d'exercer ces fonctions est l'une des réussites du programme de développement sanitaire rural.

Les dépenses de santé de l'Etat ont progressé de plus de 400 % au cours des dix dernières années, l'essentiel de cette progression a eu lieu à partir de 1970. En valeur absolue, le budget de la santé est encore modeste; il s'élevait à environ 15 shillings tanzaniens[1] par habitant en 1973. Comme l'apport du secteur privé représente en moyenne 3 shillings tanzaniens par habitant, la Tanzanie a consacré en 1973 quelque 3 % de son produit national brut à la protection sanitaire proprement dite (non compris l'approvisionnement en eau, l'assainissement, la nutrition et d'autres facteurs indirects mais importants qui influent sur la santé).

Bien que le manque de crédits soit partout évident, la politique du Gouvernement tanzanien consiste à répartir les fonds équitablement et à privilégier les régions rurales défavorisées.

Malgré les nombreuses innovations introduites dans l'infrastructure sanitaire tanzanienne, la situation sanitaire du pays en 1974 n'est pas assez brillante pour que l'on puisse dire que les services de santé répondront aux besoins fondamentaux de la plus grande partie de la population. Il est évident que la Tanzanie doit encore faire face à des problèmes importants qui, dans bien des cas, se posent depuis fort longtemps et sont un héritage du passé. Les ressources de la Tanzanie sont modestes, mais il ne semble pas que les grandes contraintes qui pèsent sur l'infrastructure sanitaire soient d'ordre économique. Il semblerait plutôt que le pays manque de personnel qualifié et d'autre part la population n'est pas assez informée des problèmes de nutrition et de médecine préventive et ne sait pas bien utiliser les services existants. Toutefois, les progrès rapides réalisés ces dernières années dans le domaine de la santé, sous l'effet d'une politique sanitaire énergique, incitent à penser que les besoins sanitaires fondamentaux, tels qu'ils ont été définis aux fins de la présente étude, seront, pour la majorité de la population, satisfaits au cours de cette décennie.

Bien qu'en matière de politique sanitaire il faille évaluer la solution tanzanienne en tenant compte de l'évolution sociale et politique du pays, cette solution pourrait néanmoins être adoptée dans d'autres pays en voie de développement dotés de structures sociales et politiques différentes. On estime cette solution d'autant plus "exportable" qu'elle met fortement l'accent sur la minimisation des coûts et n'exige donc pas des moyens particulièrement importants.

3.6 Venezuela - le programme de médecine simplifiée[2]

Comme dans beaucoup d'autres pays en voie de développement, il existe au Venezuela un grand contraste entre les vastes concentrations de population des villes (où le problème des zones marginales ne cesse de s'aggraver au fur et à mesure des progrès de l'urbanisation) et les populations rurales des petits villages et des fermes isolées.

---

[1] Un shilling tanzanien = approximativement US $0,14 (1974).

[2] Voir à l'annexe VII une brève description des services de santé du Venezuela.

Cette situation et les conditions sanitaires des populations rurales ont conduit un groupe de spécialistes travaillant au Ministère de la Santé à entreprendre un effort coordonné pour mettre sur pied un programme qui, compte tenu des moyens du pays, offrirait des soins de base aux populations éparses. Il s'agissait d'envisager le problème d'une façon simple mais pratique. En 1961, lors de la deuxième conférence vénézuélienne de la santé publique, on a proposé d'adapter au pays des expériences tentées ailleurs, notamment en URSS et dans certains pays d'Afrique et d'Asie. Il n'était évidemment pas possible d'installer à demeure un agent médico-sanitaire de haute qualification dans chacun des principaux centres desservant plusieurs milliers de localités rurales. Toutefois, il existait déjà quelque 1300 à 1400 dispensaires ruraux où toutes les semaines ou tous les quinze jours un médecin du centre de santé urbain le plus proche venait soigner les malades. Une jeune femme non qualifiée, affectée à chaque dispensaire, était chargée d'assister le médecin, de nettoyer les lieux et, dans la mesure du possible, de faire quelques pansements et des injections intramusculaires.

Le groupe examina les différentes solutions possibles, étudiant dans chaque cas l'expérience des autres pays compte tenu de la situation locale, des installations et de la main-d'oeuvre existantes et de la possibilité d'appliquer telle ou telle solution. A la suite de cet examen, un système dit de "médecine simplifiée" fut adopté au Venezuela en 1962 - "médecine" pour indiquer que les services fournis étaient complets, c'est-à-dire à la fois préventifs et curatifs, et "simplifiée" car il devait s'agir d'actes médicaux simples mais bénéficiant dans tous les domaines de l'appui des échelons sanitaires supérieurs : conseils techniques, encadrement, acheminement des malades vers des soins spécialisés ou hospitaliers. La médecine simplifiée permet ainsi d'offrir aux populations rurales une protection sanitaire de base, assurée par des infirmières auxiliaires travaillant dans le cadre des services de santé et bénéficiant d'une formation, d'un encadrement et de moyens d'évacuation vers l'hôpital ou le spécialiste. Les infirmières auxiliaires procèdent aux vaccinations courantes. Elles recherchent les cas de paludisme et de tuberculose. Elles surveillent les femmes enceintes, dépistent les anomalies et dirigent au besoin les futures mères vers le médecin rural. Elles incitent les femmes à aller accoucher dans un établissement hospitalier, surtout s'il s'agit de la première naissance. Les sages-femmes locales se réunissent périodiquement au dispensaire pour s'entretenir de leurs problèmes et réassortir leur trousse professionnelle. Les enfants sont suivis régulièrement; on les vaccine, on les pèse, on surveille leur alimentation, etc. Ceux qui présentent des signes de malnutrition reçoivent une alimentation d'appoint. Les femmes enceintes reçoivent des suppléments alimentaires ainsi que des comprimés contenant du fer.

La protection médicale élémentaire est l'une des principales activités du poste de santé. L'auxiliaire procède aux traitements (pénicilline, sulfamides et autres médicaments de base simples) de certaines maladies (diarrhées, dysenterie, pneumonies, etc.). Elle n'est pas autorisée à aller au-delà de ces actes simples. Les malades sont souvent dirigés vers le centre de santé ou le médecin rural le plus proche.

Des notions d'éducation sanitaire sont données à certaines occasions : aux malades qui attendent de se faire soigner, lors des visites à domicile, dans les cours donnés pour mères de famille, dans les clubs d'enfants ou à l'occasion de réunions publiques.

Les infirmières auxiliaires affectées aux dispensaires ruraux s'occupent de 500 à plusieurs milliers de personnes, selon la plus ou moins grande dispersion de la population.

Le choix des candidates s'opère selon un certain nombre de critères. Les futures infirmières auxiliaires doivent :

- être de nationalité vénézuélienne ou être résidentes permanentes de la localité
- être acceptées par les dirigeants locaux
- être âgées de 18 à 40 ans
- avoir fait des études primaires (6 ans).

Le programme du cours de formation des infirmières auxiliaires figure dans le Manuel d'instruction, ouvrage de référence qui décrit en détail les types de soins préventifs et curatifs à donner, indique les cas où il faut diriger le malade vers le médecin ou l'hôpital et précise comment on doit le faire.

L'enseignement est essentiellement pratique, l'enseignement théorique se limitant aux notions contenues dans le Manuel. L'auxiliaire est autorisée à soigner les maladies les plus courantes (diarrhées infantiles, par exemple) que l'on peut déceler suffisamment tôt. On enseigne aux infirmières à administrer les premiers soins en cas d'accidents. On ne leur enseigne pas l'obstétrique mais on leur apprend à surveiller les sages-femmes sur le plan de l'hygiène. L'effectif d'un cours de formation (d'une durée de 4 mois) ne dépasse généralement pas 12 élèves. Les auxiliaires sont tenues de donner des cours aux sages-femmes et d'enseigner aux familles la manière de s'y prendre pour protéger la santé de l'enfant depuis la naissance jusqu'à l'âge scolaire et au-delà. Elles apprennent également à collaborer avec le personnel auxiliaire travaillant dans d'autres domaines (enseignement, agriculture, action sociale, etc.).

Le cours a lieu dans un centre de santé d'arrondissement, mais jamais dans la capitale d'un Etat par peur des effets fâcheux de la grande ville sur la personnalité de l'infirmière auxiliaire. Le corps professionnel se compose d'infirmières diplômées entraînées à ce genre d'enseignement. Le directeur du centre de santé assure l'encadrement technique et, en collaboration avec d'autres personnels sanitaires de l'arrondissement, donne des cours et organise des démonstrations de soins et des réunions de groupes.

Au Venezuela, la plus grande partie des dépenses des services de santé sont prises en charge par les Etats et le Gouvernement central. Certaines municipalités participent aux dépenses de santé mais, en général, cette participation est faible. L'un des objectifs du programme de médecine simplifiée est d'obtenir une participation plus active des collectivités locales. Des efforts sont faits dans cette direction mais on estime que les résultats seront lents à se faire sentir.

Le programme a été mis en place lentement et s'est étendu progressivement d'un Etat à l'autre. Deux des 12 Etats où l'on pratique la médecine simplifiée sont parvenus à en faire bénéficier une grande partie de la population rurale. La lenteur observée dans la mise en place du système de médecine simplifiée peut s'expliquer par l'opposition ou l'apathie de certains médecins qui ne se préoccupent pas encore des besoins sanitaires de la collectivité. On estime que, dans une dizaine d'années, toute la population rurale du Venezuela bénéficiera de ce système de médecine simplifiée.

3.7 Le programme d'action sanitaire de l'arrondissement d'Ivanjica (Yougoslavie)

Ivanjica, collectivité sous-développée de la République socialiste de Serbie, n'est reliée au reste de la Serbie que par une route asphaltée passant par Afilje et Požega. En 1953, seuls 13 kilomètres de route étaient en bon état d'entretien. Bien que l'arrondissement ne manque pas d'eau, seule la petite ville d'Ivanjica était alimentée en eau saine et la distribution d'électricité se limitait à Ivanjica et aux villages environnants. La seule école primaire complète (huit ans) se trouvait à Ivanjica, les autres écoles de l'arrondissement n'offrant qu'un cycle d'études de quatre ans.

La région est montagneuse, coupée de cours d'eau et de lits de rivières profonds. Sur une superficie totale de 109 000 hectares, 16 250 sont en culture et 52 203 couverts de forêts. L'arrondissement compte 40 000 habitants, agriculteurs pour la plupart, formant 8000 foyers répartis en 48 habitats épars.

Tous les services de santé étaient assurés par un hôpital de 62 lits, un dispensaire installé à Ivanjica et deux dispensaires plus petits dans le reste de l'arrondissement. La situation n'étant guère favorable, tant sur le plan du niveau de vie qu'en ce qui concerne les conditions d'hygiène et la culture générale des habitants, les maladies transmissibles (notamment les maladies parasitaires) étaient fréquentes. Par ailleurs, du fait du régime alimentaire peu satisfaisant de la population, la morbidité était élevée.

La Maison de la santé d'Ivanjica fut fondée en 1954. A l'époque, l'objectif des services de santé qui venait d'être mis en place était essentiellement de prendre des mesures radicales en matière d'hygiène et d'intensifier l'éducation sanitaire afin de prévenir et d'éradiquer un grand nombre de maladies.

Le personnel sanitaire d'Ivanjica savait qu'on ne pouvait résoudre les multiples problèmes de santé indépendamment des autres problèmes qui se posaient à la collectivité. Un travail multisectoriel, visant à améliorer les conditions d'existence, fut accompli par des médecins travaillant essentiellement sur place et, par conséquent, en contact direct avec les villageois. Les médecins eurent de la sorte la possibilité de se familiariser avec la région et avec les différentes tâches qu'auraient à accomplir des agents sanitaires travaillant dans un milieu peu évolué. Il fallut aux agents sanitaires énormément de persévérance pour venir à bout des superstitions et autres habitudes néfastes profondément enracinées dans la vie des ruraux et même des citadins.

La Maison de la santé regroupe les services suivants : un service d'hygiène et d'épidémiologie, un dispensaire de santé maternelle et infantile, un dispensaire antituberculeux, un dispensaire de médecine générale prolongé par des postes de santé dans l'arrondissement, un service d'hygiène dentaire, et un service de laboratoire et de radiologie. En travaillant dans ces différents dispensaires et notamment dans les postes de santé, le personnel sanitaire a pu se faire une idée de l'état de santé et des conditions d'hygiène dans les villages.

La première tâche des agents sanitaires fut de se rendre dans le plus grand nombre possible de foyers afin de se familiariser avec les conditions de vie et de travail, le régime alimentaire l'état de santé et le degré de prévalence des maladies. Cette étude de grande envergure sur les conditions d'hygiène et l'état de santé de la population s'avéra très utile et amena les agents sanitaires à entreprendre une étude plus structurée et mieux documentée. En collaboration avec l'Institut d'enseignement sanitaire de la République socialiste de Serbie, une vaste opération de recherche axée sur la santé et les conditions d'hygiène fut entreprise en 1963 sur un échantillon représentant 5 % des foyers. Cette étude révéla quels effets négatifs l'ignorance, les habitudes et croyances néfastes et le bas niveau de vie exerçaient sur l'état de santé de la population.

Aussi l'éducation sanitaire fait-elle désormais partie intégrante de la protection sanitaire de la population. A l'origine, il s'agissait de renseigner et de conseiller les populations sur les questions de santé. Des conférences sur la santé et les maladies furent données au Centre d'enseignement des adultes, dans les écoles, dans le cadre de cours spéciaux et à l'occasion des campagnes de promotion de la santé. On utilisa à cet effet différents matériels audio-visuels : revues, tableaux, enregistreurs sur bandes, diapositives, films cinématographiques. Lors des poussées épidémiques (rougeole et coqueluche, par exemple), des opuscules donnant des indications sur les mesures de protection et les soins à donner aux enfants malades furent distribués par la Maison de la santé.

Encouragées par le succès de cette éducation sanitaire, les autorités ont entrepris d'autres efforts dans le domaine de la protection sanitaire. Des programmes de santé plus restreints ont été lancés pour faire participer la collectivité à l'amélioration de son état sanitaire.

L'éducation de la population s'est faite davantage par l'exemple que par les conseils. On a incité la collectivité à construire des maisons, des cabinets d'aisances, des installations d'incinération des ordures, des bâtiments agricoles, etc. répondant aux normes d'hygiène. Outre la fourniture de plans, chaque foyer s'est vu offrir gratuitement 600 kg de ciment.

L'amélioration de la distribution d'eau et des conditions d'hygiène dans les écoles des villages a été placée au premier plan des priorités. Le personnel d'encadrement de la Maison de santé a aidé les exploitants agricoles et a fourni des crédits pour la construction de réseaux d'adduction d'eau, le captage des sources, l'installation de fontaines publiques, de lavoirs, etc. La priorité a été donnée à cet effet aux régions sujettes à des épidémies de fièvre typhoïde et autres infections intestinales ainsi qu'aux régions éloignées de sources naturelles. Indépendamment de ses avantages pour la santé publique, le projet a suscité une profonde prise de conscience sociale dans les collectivités rurales.

Une attention particulière a été accordée à l'amélioration des bâtiments scolaires. Sur un total de 37 bâtiments scolaires, 35 ont été améliorés avec l'aide du FISE, de la Croix-Rouge et des éducateurs. Des réfectoires et des blocs sanitaires ont été construits avec l'aide des parents d'élèves. On a incité les écoliers à cultiver des fruits et des légumes avec l'aide de leurs parents et des agronomes.

Une petite centrale hydro-électrique a été construite par la Maison de la santé dans le village de Kovilje afin de persuader les habitants des bienfaits de l'électricité. Elle a été remplacée par la suite par une centrale plus importante alimentant un plus grand nombre de foyers et une école.

Les dispensaires sont devenus le point de ralliement des villages. On y accède désormais par des routes neuves, de sorte que les transports sont beaucoup plus faciles. Les infirmières travaillent à plein temps dans les postes de santé, et les médecins s'y rendent une ou deux fois par semaine. Dans de nombreux centres, la tournée des médecins coïncide avec les jours de marché et l'on présente aux villageois des films sur la protection sanitaire, sur l'agriculture et sur d'autres sujets.

La Maison de la santé coordonne l'ensemble du programme sanitaire par l'intermédiaire des autorités locales. Le programme est financé par un impôt local bénévole et par des fonds spéciaux offerts par les habitants.

Un hôpital a été édifié à Ivanjica et plusieurs dispensaires ont été construits dans la région grâce à une main-d'oeuvre bénévole.

Outre les activités qui viennent d'être décrites, la Maison de la santé se livre à des activités dans les domaines de la santé maternelle et infantile, de la lutte antituberculeuse, de l'éducation sanitaire et de l'hygiène du milieu. Tous les programmes sont exécutés avec l'entière collaboration de la collectivité.

La collaboration féconde qui s'est établie entre la Maison de la santé, les pouvoirs locaux et la collectivité a abouti à l'éradication de plusieurs maladies transmissibles, à la diminution de l'incidence de la tuberculose, à la disparition de l'avortement criminel et à la régression du taux de mortalité infantile.

Les cotisations d'assurance-maladie des ouvriers et des agriculteurs d'Ivanjica n'ont pas permis de couvrir totalement l'ensemble des activités précitées, mais un grand nombre de ces activités ont néanmoins pu être financées avec un minimum de dépenses.

Au cours de la période 1953 à 1973, un travail considérable a été accompli sans que la République ou les autres collectivités investissent des sommes importantes. Trois cents kilomètres de routes rurales ont été construites et des lignes d'autobus desservent désormais les villages les plus reculés. L'électricité est fournie à un grand nombre de localités et plusieurs écoles ont été construites; ce gros effort de construction a entraîné une amélioration des conditions de logement.

Toutes ces améliorations ont élevé le niveau de santé des habitants de l'arrondissement, accru la prospérité générale et accéléré le développement de la région.

3.8 Le projet d'action sanitaire générale en milieu rural, entrepris dans la région de Jamkhed (Inde)[1]

Ce projet d'action sanitaire générale en milieu rural est destiné à assurer, grâce aux ressources locales, la protection d'une population de 40 000 habitants. Les services suivants seront notamment offerts conformément aux priorités fixées à l'échelon national : protection sanitaire primaire des enfants d'âge préscolaire, des femmes enceintes et des mères allaitantes, prestations de planification familiale, lutte contre les maladies chroniques, particulièrement la tuberculose et la lèpre. Le projet repose essentiellement sur une large participation de la collectivité locale et sur l'utilisation des ressources dont cette collectivité dispose. Des femmes illettrées d'un certain âge, recrutées sur place, reçoivent actuellement une formation d'agent sanitaire.

La santé étant considérée comme un élément du développement général, le projet se veut essentiellement multisectoriel. On attache la plus grande importance aux besoins ressentis par la collectivité et l'on s'efforce dans toute la mesure possible d'en tenir compte dans les différents programmes d'action sanitaire. C'est ainsi qu'on a répondu au besoin prioritaire d'une alimentation suffisante en créant des potagers modèles et des cantines communautaires qui fournissent des aliments nutritifs aux enfants nécessiteux. De même, on a satisfait les besoins en eau, particulièrement vifs pendant la période sèche, en construisant des puits tubulaires qui permettent d'éviter les maladies transmises par l'eau. On a fait appel pour cela à l'aide d'organismes de mise en valeur agricole et hydraulique.

La participation de la collectivité à la prise des décisions relatives aux programmes de santé est un élément essentiel du projet. Les collectivités disséminées sur quelque trente localités ont invité une équipe de médecins à se rendre dans les villages pour y donner des soins. Elles ont fourni les logements du personnel sanitaire, les bâtiments d'infirmerie, les terrains pour la construction des nouveaux bâtiments, et les volontaires pour l'établissement des plans et la construction de ces nouveaux bâtiments. Elles ont créé des cantines et fourni des volontaires pour la cuisson et la distribution des aliments d'appoint aux enfants de moins de cinq ans. Certaines collectivités ont mis à la disposition du projet des terrains qui produisent la plus grande partie des produits alimentaires nécessaires qu'exigent ces programmes. Des volontaires ont participé aux campagnes de vaccination et d'éducation sanitaire et aux efforts de planification familiale. Un groupe de jeunes a aidé à organiser des banques de sang pour les cas d'urgence. Des comités consultatifs créés au sein des collectivités collaborent en permanence à l'administration du projet.

Le projet se caractérise également par l'intégration des différents types de guérisseurs : praticiens ayurvédiques et homéopathes, accoucheuses traditionnelles (dais), etc. Une organisation médicale locale a été constituée et par son intermédiaire on a établi le contact avec les praticiens médicaux. Pendant la vague de sécheresse, cette organisation a mené une action coordonnée afin d'assurer des soins médicaux aux personnes engagées dans les opérations de secours aux victimes de la sécheresse. Les contacts constants et les réunions périodiques organisées pour traiter les problèmes de santé de la région ont créé des sentiments de solidarité. Les praticiens locaux aident à suivre les malades chroniques et collaborent aux campagnes de vaccination, aux programmes de planification familiale, etc. La pharmacie de l'hôpital fournit à certains d'entre eux des médicaments simples et des vaccins. Il n'existe aucune rivalité entre les médecins du projet et les praticiens locaux; les visites à domicile sont faites par les praticiens locaux et certains d'entre eux envoient leurs malades au centre de santé.

En moins de quatre ans, le projet a réussi à desservir quelque 40 000 personnes réparties dans 30 villages. Les cuisines communautaires installées dans 20 villages permettent de nourrir chaque jour 1200 enfants.[2] Dans le cadre du projet, des tracteurs et d'autres machines agricoles sont prêtés aux paysans, ce qui leur permet de labourer et de cultiver des terres qui autrement

---

[1] Une courte description de ce projet figure à l'annexe VIII.

[2] Chiffre de mars 1974.

resteraient en friche; en retour, le projet reçoit la moitié de la récolte, ce qui permet de soutenir le programme de nutrition. Plus de 75 % des enfants ont reçu deux doses de vaccin triple plus le vaccin antipoliomyélitique et plus de 400 femmes enceintes ont bénéficié de soins prénatals réguliers y compris la vaccination antitétanique. Actuellement, 522 femmes[1] prennent régulièrement des contraceptifs par voie orale et le programme fait environ 20 nouvelles adeptes par mois. On pratique en moyenne une excision des trompes par jour. Environ 480 tuberculeux[1] et 350 lépreux ainsi que leurs contacts sont régulièrement soignés dans leur village.

Quarante puits tubulaires profonds équipés de pompes à main alimentent les villages en eau de boisson saine. La production de quelque 140 hectares de terres cultivées alimente les cantines communautaires.

La participation demandée aux malades payants et une subvention des pouvoirs publics fournissent 70 % du budget; les 30 % restants sont constitués par des dons. Les services préventifs, y compris la planification familiale, absorbent 60 % du budget et les services curatifs 30 %.

Pour assurer des services de santé efficaces aux populations dispersées dans les villages, on a recours aux méthodes suivantes :

1) La formule de l'équipe sanitaire. Les médecins ayurvédiques, les infirmières, le personnel paramédical et les assistantes sociales travaillent en équipe au centre de Jamkhed et se rendent dans les différents villages qu'ils visitent au moins une fois par semaine. L'équipe assiste une fois par semaine à une séance de formation en cours d'emploi.

2) Recours à des femmes illettrées, d'un certain âge, choisies par la collectivité. Ces femmes suivent, à raison de deux jours par semaine, un cycle de formation organisé au centre de santé et essentiellement axé sur les priorités du projet. En outre, elles bénéficient des conseils et du soutien de l'équipe sanitaire lorsque celle-ci se rend dans leur village.

A Jamkhed, il existe un centre de santé principal, équipé d'un matériel de diagnostic. Deux médecins, capables de faire face aux urgences chirurgicales, obstétricales et médicales y travaillent en permanence.

Le système comporte donc trois niveaux : à la périphérie, l'agent sanitaire de village qui fait de l'éducation sanitaire, suit les malades, développe la planification familiale, surveille les programmes d'alimentation, soigne les maladies bénignes des enfants, aide l'équipe sanitaire mobile au cours de ses déplacements de maison en maison et de ses activités de dépistage et joue le rôle d'agent de liaison entre le projet et la collectivité.

L'équipe sanitaire mobile se déplace d'une maison à l'autre afin de dépister les problèmes de santé. Sur la base de ses observations cliniques et en utilisant des méthodes de laboratoire simples, elle diagnostique sur place les cas de malnutrition, de tuberculose et de lèpre et assure les soins de santé primaires. Les malades qui posent des problèmes plus difficiles sont dirigés vers le médecin ou vers le centre de santé principal.

Les deux médecins du centre jouent le rôle de chefs d'équipe. Ils passent une grande partie de leur temps à former et encadrer les médecins ayurvédiques, les membres des équipes de santé mobiles, les agents sanitaires de village et les autres catégories de personnel. La responsabilité du dépistage des malades est déléguée aux infirmières, mais les cas graves sont examinés par ces deux médecins.

---

[1] Chiffre de mars 1974.

Le projet bénéficie de la collaboration de l'Etat, notamment en ce qui concerne la planification familiale et la lutte antipaludique. On a évité tout double emploi grâce au choix d'une zone très éloignée du centre de santé primaire de l'Etat. Le projet bénéficie du soutien sans réserve de l'Etat en ce qui concerne la planification familiale et plus particulièrement les opérations de stérilisation (excision des trompes et vasectomie). L'Etat fournit des quantités limitées de vaccins (vaccin triple, vaccin antivariolique et BCG) ainsi que des vitamines A, des comprimés contenant du fer, des comprimés vitaminés et des médicaments antipaludiques.

Grâce à la participation de la collectivité, à l'approche multisectorielle, au recours aux services d'agents sanitaires de village, à la collaboration de toutes les catégories de praticiens, à la formule de l'équipe sanitaire et à la collaboration avec les pouvoirs publics et les autres organismes de développement, il a été possible d'assurer à la population et à la région des services de santé relativement satisfaisants dans le délai très court de quatre ans.

3.9 Les équipes de santé villageoises (hygiénistes-secouristes et matrones recyclées) dans le Département de Maradi[1] (Niger)

En 1966, dans le cadre d'une action concertée des services départementaux de santé et des services d'"animation rurale"[2] visant à élargir la couverture sanitaire de la population, une campagne d'information a été lancée pour amener la population rurale à prendre conscience de ses propres problèmes de santé et de la nécessité de s'en occuper elle-même, avec l'aide d'équipes de santé villageoises comprenant deux auxiliaires bénévoles à temps partiel et des matrones. Ces agents, qui n'ont suivi qu'un bref stage de formation, sont devenus le lien principal entre les populations paysannes et les services de santé. Leur action, qui fait appel uniquement à des méthodes simples, est adaptée aux conditions locales, soutenue par la collectivité et supervisée par des représentants de l'échelon supérieur des services de santé. Les équipes de santé villageoises sont composées exclusivement de ressortissants nigériens, des étrangers pouvant toutefois jouer un rôle consultatif. Le système repose sur une surveillance et une analyse constantes des opérations, des discussions avec les villageois et beaucoup de réflexion et de concertation. Il implique :

1) une connaissance approfondie de la zone à desservir;

2) l'organisation, au niveau de l'arrondissement, de réunions de groupes multisectoriels ou multiprofessionnels (y compris les partis politiques) où sont discutés les problèmes de santé locaux et les solutions appropriées; et

3) l'information continue de la population, à la faveur de réunions publiques, afin d'obtenir progressivement sa participation.

Les secouristes-hygiénistes de village et les pharmacies de village

Ce sont les villageois eux-mêmes qui choisissent les secouristes-hygiénistes en fonction de divers critères : le secouriste doit être volontaire, appartenir au village et y vivre, et être prêt à recevoir une formation spéciale.

---

[1] On trouvera une brève description du Département de Maradi et de ses services de santé dans l'annexe IX.

[2] "Services d'animation rurale" : organisme administratif, technique et éducatif (généralement rattaché au Ministère du Développement - Secteur rural - mais parfois au Ministère de l'Education) qui s'efforce de faire participer volontairement la population à des activités de développement rural.

Les stages ont lieu au dispensaire rural le plus proche, la formation étant assurée par l'infirmier responsable du dispensaire, secondé par l'infirmier-chef responsable de la circonscription médicale (correspondant à l'arrondissement sur le plan administratif). Les cours, qui durent environ dix jours, portent sur des notions simples : hygiène générale, soins élémentaires et d'urgence, évacuation des malades, conduite à tenir en cas d'épidémie, éducation sanitaire et enregistrement de certaines données.

Tous les ans, les secouristes en poste suivent un stage de recyclage d'une durée de 10 jours, dans le programme duquel on envisage d'introduire progressivement des sujets d'intérêt local, tels que la lutte contre la malnutrition et la préparation d'aliments de sevrage.

On a constaté qu'après avoir reçu cette formation pratique, les secouristes sont capables de s'occuper des malades atteints de paludisme, de diarrhée, de blessures mineures, d'infections oculaires ou cutanées et de douleurs. A cette fin, on leur remet de petites quantités de médicaments de base : antiseptiques, collyres, chloroquine, aspirine, sulfaguanidine, etc. L'objectif essentiel est d'empêcher la maladie ou la blessure de se compliquer avant que le malade soit dirigé sur un établissement mieux équipé.

La circonscription médicale prend à sa charge le coût du premier lot de médicaments. Par la suite, ce sont les villageois eux-mêmes qui financent le renouvellement des médicaments, la liste des produits nécessaires étant dressée par l'infirmier de dispensaire qui supervise les activités sanitaires à l'échelon du village. Certains médicaments sont vendus à un prix modique, fixé d'avance, le produit des ventes servant au renouvellement de la pharmacie. En moyenne, les ventes de médicaments dans un village s'élèvent à environ 500 francs CFA (2 dollars) par mois. Il est bon de noter que les secouristes sont aidés par un "Comité de gestion" qui tient un "cahier de compte" et s'occupe du renouvellement des prévisions de médicaments. Les secouristes travaillant bénévolement, ils ne reçoivent comme compensation que leur subsistance quotidienne (aliments, etc.) fournie par les villageois. Il est également probable qu'ils reçoivent parfois des cadeaux, comme le veut la tradition.

Les autorités sanitaires sont constamment tenues au courant de la situation par l'infirmier auxiliaire responsable du dispensaire ou du centre de santé le plus proche, qui assure également la supervision régulière des secouristes de village. A l'échelon supérieur, les responsables de l'encadrement des infirmiers fournissent en retour aux villages assistance et information.

A la fin de 1973, dans le Département de Maradi, un total de 109 villages étaient desservis par 218 secouristes. Les ressources affectées aux services de santé locaux permettront l'extension raisonnable et planifiée du programme au rythme de 30 villages par an.

En 1973, les consultations (conseils et traitement) données par les secouristes dans 88 villages[1] ont représenté 12,8 % de toutes les consultations données par les services de santé du Département de Maradi.

Il est intéressant de noter que cette action a eu une influence profonde sur la formation, la mobilisation et la motivation du personnel de santé, en particulier des infirmiers auxiliaires de dispensaire. En contrôlant le travail des secouristes de village, ils ont dû, par la force des choses, améliorer leurs propres connaissances et s'intéresser beaucoup plus aux problèmes de leur entourage.

Formation des matrones

Les matrones, ou accoucheuses traditionnelles, avaient jusque-là un rôle rituel très passif : elles étaient seulement appelées, après l'accouchement, à enterrer le placenta et à donner les soins les plus élémentaires à la mère et à l'enfant. L'opération entreprise dans le Département de Maradi vise à élargir leurs fonctions, à leur donner un rôle pendant et même

[1] Aucune information n'est encore disponible pour 21 villages.

avant l'accouchement, leur faire employer des méthodes plus hygiéniques, diriger les cas compliqués sur des services mieux équipés et enregistrer les naissances. Le choix des matrones qui vont recevoir une formation se fait sur les mêmes bases que celui des secouristes. Les intéressées suivent un stage de 15 jours à la maternité d'un centre de santé ou de l'hôpital rural d'arrondissement. Essentiellement pratique, la formation qui leur est donnée porte sur toutes les phases de l'accouchement et comprend les soins prénatals et postnatals. A la fin du stage, elles subissent un petit examen de contrôle et seules sont retenues celles qui sont jugées aptes; elles reçoivent alors une trousse de type FISE contenant quelques médicaments et fournitures. Une fois par mois, l'infirmier du dispensaire le plus proche vient relever les déclarations de naissances et remplacer les produits qui manquent dans la trousse.

En 1973, 28 % de tous les accouchements enregistrés dans le Département de Maradi se sont faits sous la surveillance des 241 matrones recyclées.

Dans la pratique, et pour l'instant, les matrones n'interviennent que pendant l'accouchement. Le résultat le plus remarquable de leur activité a été l'amélioration des conditions d'hygiène dans lesquelles se déroulent les accouchements. On a également constaté une modification progressive des pratiques traditionnelles de la période sevrage.

Pour 1974, il était envisagé de former 91 matrones qui s'occuperaient de 32 villages. On s'efforce de recruter des femmes assez jeunes qui puissent assimiler mieux les connaissances qu'on leur inculque et avoir un éventail d'activités plus large.

Education sanitaire

Toujours grâce aux efforts conjugués des services d'éducation, de santé et d'animation rurale, un atelier départemental inter-services a été créé pour fournir aux secouristes et aux matrones recyclées un matériel élémentaire (par exemple flanellographes et brochures) se rapportant à leurs activités d'hygiène et d'éducation nutritionnelle.

Conclusions

Après cette brève description des fonctions des secouristes, des pharmacies de village et des matrones recyclées, il est à noter que les progrès accomplis dans le Département de Maradi sont le résultat d'un travail d'équipe intersectoriel ayant entraîné la motivation et la participation active des villageois aux activités de protection sanitaire. On envisage maintenant d'étendre l'opération à d'autres départements de la République du Niger et d'en évaluer le développement à l'échelle nationale. Les principaux obstacles sont le manque de personnel d'encadrement, la médiocrité des ressources financières (pour couvrir les frais de transport, de formation et d'approvisionnement régulier en fournitures et en médicaments) et la pénurie de volontaires. L'expérience a montré que cette stratégie permet une meilleure couverture de la population rurale, à condition de faire l'objet d'une planification réaliste et rationnelle tenant dûment compte des conditions de chaque village.

3.10 La médecine ayurvédique en Inde[1]

Pratiquée depuis plus de 3000 ans en Inde et dans les pays voisins où elle a permis pendant tout ce temps d'assurer des soins aux populations malgré les nombreux bouleversements politiques qui ont secoué ces pays, la médecine ayurvédique a pris naissance en Inde et s'y est développée grâce aux efforts d'un grand nombre d'hommes de savoir. Elle est aujourd'hui encore reconnue et utilisée par la majeure partie des populations de ces régions. En fait, l'Ayurvédisme est devenu partie intégrante de la culture de ces pays et ne peut être ignoré.

[1] Pour de plus amples détails, voir l'annexe X.

On estime qu'environ 80 % des populations rurales font confiance à l'Ayurvédisme et utilisent ses services. Malgré cela, la plupart des gouvernements soutiennent surtout la médecine moderne et ne savent pas bien quelle formule adopter pour tirer parti des services des praticiens ayurvédiques. Plusieurs gouvernements ont cependant entrepris des études pour trouver le meilleur moyen d'utiliser les systèmes indigènes de manière à assurer aux populations une couverture médicale plus efficace ou plus complète.

Les praticiens de l'Ayurvédisme peuvent être divisés en quatre grandes catégories : les diplômés de l'Ayurvédisme "intégré" qui ont étudié à la fois la médecine moderne et la médecine ayurvédique et qui peuvent appliquer à la fois les méthodes de l'une et de l'autre (ils sont environ 7000 en Inde); les diplômés de l'Ayurvédisme "pur" qui ont été formés dans des écoles ayurvédiques et qui ont également des connaissances élémentaires en médecine moderne; au nombre de 43 000 environ, ils soignent le plus souvent leurs malades au moyen de médicaments ayurvédiques, mais emploient également des médicaments modernes dans les cas graves; le troisième groupe est celui des praticiens qui n'ont pas été formés dans des écoles, mais ont obtenu un diplôme de médecine ayurvédique en passant divers examens; l'Inde en compte environ 150 000 qui ne pratiquent que la médecine ayurvédique. Enfin, le quatrième groupe rassemble tous ceux qui n'ont reçu aucune formation théorique ni obtenu de diplôme mais qui ont acquis leur expérience au service de médecins ayurvédiques; ils sont environ 200 000 en Inde et exercent dans les zones rurales.

Le problème est de trouver le moyen de mettre à contribution ces 400 000 praticiens ayurvédiques de formation plus ou moins poussée pour assurer à la population les soins dont elle a besoin. Les incorporer dans le système de santé officiel pourrait révolutionner complètement la protection sanitaire en Inde où environ 500 millions d'individus vivent en milieu rural. A l'heure actuelle, les zones rurales ne disposent pas de services de santé adéquats. Le rapport médecins/population en milieu urbain est de 1 pour 1200 habitants, mais dans les zones rurales, il n'est que de 1 pour 11 000, et même moins dans les secteurs les plus reculés.

Il convient de noter que, sur un total de 400 000 médecins ayurvédiques de différents niveaux, près de 90 % exercent dans les zones rurales. Les autres sont installés dans les agglomérations urbaines, où ils font d'excellentes affaires, traitant surtout des personnes que la médecine moderne ne peut soulager. Les populations rurales préfèrent généralement les médecins pleinement qualifiés à la fois en médecine moderne et en médecine ayurvédique.

Les médecins ayurvédiques soignent avec succès certaines des maladies les plus courantes : infections des voies respiratoires supérieures, dyspepsie, jaunisse, diarrhée et infections des voies urinaires. Les traitements ayurvédiques soulageraient plus rapidement certains troubles chroniques comme l'arthrite, l'hémiplégie, l'asthme, l'anémie et les troubles psychiatriques. Parmi ceux qui en souffrent, beaucoup donnent la préférence aux soins ayurvédiques qui sont moins coûteux et jugés plus efficaces. Lorsque les médecins ayurvédiques se trouvent en face de malades atteints de troubles graves qu'ils sont incapables de traiter, ils les envoient au plus proche des médecins modernes diplômés.

Il est évident qu'il serait nécessaire en Inde d'intégrer les deux systèmes; des recherches objectives en sociologie et anthropologie médicales fourniront de précieux renseignements pratiques quant aux meilleures méthodes à employer pour cela.

Il conviendrait d'élaborer pour les différentes catégories de praticiens ayurvédiques énumérées ci-dessus des programmes d'enseignement et de formation conçus en fonction des besoins au niveau des villages.

Le plus grand obstacle à l'intégration des praticiens ayurvédiques réside dans l'attitude du corps médical. En outre, l'absence quasi totale de communication entre travailleurs sanitaires de formation très différente constitue une difficulté majeure. Un effort résolu devra être fait pour jeter les ponts nécessaires. Là où la médecine moderne (allopathique) et la médecine ayurvédique coexistent pacifiquement, coopèrent ou même s'intègrent, comme c'est le cas dans le projet de Jamkhed, les résultats semblent positifs et encouragent à aller de l'avant dans cette voie.

La reconnaissance officielle des systèmes indigènes et l'engagement politique de conserver une place à la médecine traditionnelle dans les services de santé gouvernementaux seraient des facteurs favorables qui faciliteraient les recherches sur le système ayurvédique et l'enseignement des principes essentiels de la médecine indigène dans les écoles de médecine moderne.

La création de services faisant appel aux systèmes indigènes pour assurer la protection sanitaire totale des collectivités rurales dans les pays en voie de développement semble aujourd'hui plus réalisable qu'il ne paraissait naguère encore.

3.11 Utilisation d'émetteurs-récepteurs radio dans les services de santé du Nigéria septentrional

Le système mis en place dans l'Etat du nord-ouest de la République fédérale du Nigéria n'est qu'un exemple des nombreuses possibilités d'emploi des émetteurs-récepteurs au service de la santé; des systèmes analogues ont été institués dans d'autres pays d'Afrique ainsi que sur d'autres continents.[1] L'idée remonte à 1925 environ, date où l'on décida d'utiliser des postes émetteurs-récepteurs dans le cadre d'un service de "médecins volants" en Australie.

Le système nigérian a été retenu comme exemple pour deux raisons principales : premièrement le Gouvernement s'y est intéressé dès le début et c'est lui qui, par la suite, en a assumé la charge, alors que dans la plupart des autres pays, ces systèmes sont financés par des contributions volontaires ou par l'aide étrangère; deuxièmement, le système a pu fonctionner avec les maigres ressources qui sont le lot des services de santé de la plupart des pays en voie de développement.

L'Etat du nord-ouest étant très vaste, les dispensaires peuvent s'y trouver très éloignés de tout centre de direction. Certes, on peut atteindre, avec un véhicule du type Land Rover, la plupart des dispensaires excentriques, mais en faire la tournée, même en voiture, peut demander plusieurs jours, ce qui limite sérieusement les possibilités de communication régulière avec les postes plus isolés. Les dispensaires n'ont généralement pas le téléphone.

Un système de communication par émetteurs-récepteurs a donc été institué en 1963 dans le cadre d'un service de "médecins volants" pour le Nigéria septentrional. La station principale, située à l'Hôpital central de Gusau, était reliée à 26 autres stations, dont quelques hôpitaux de district et un certain nombre de dispensaires isolés qui disposaient de récepteurs-émetteurs commandés par pédale. Le réseau de dispensaires et d'hôpitaux couvrait une zone assez étendue, principalement dans l'Etat du nord-ouest, et la distance entre les stations les plus éloignées dépassait 600 kilomètres. Des pistes d'atterrissage pour petits aéronefs avaient été aménagées à proximité de ces établissements.

Les émetteurs-récepteurs étaient utilisés essentiellement pour conseiller et superviser le personnel des dispensaires dans ses activités cliniques et pour lui permettre de demander des consultations dans les cas difficiles. En l'absence d'autres moyens de télécommunications, ces postes étaient également utilisés pour informer les autorités d'un épuisement des fournitures dans les dispensaires ou d'une menace d'épidémie dans la région. En cas d'urgence, on pouvait aussi s'en servir pour demander qu'un avion ou autre moyen de transport amène un médecin sur place ou vienne évacuer un malade et le conduire à l'hôpital.

Au début, le système était entièrement financé par des dons étrangers, qui permirent aussi d'acheter deux petits avions pour assurer le service médical volant. Ultérieurement, ce service a dû être interrompu pour cause de difficultés techniques et financières et il ne resta plus que le système de communication par radio. Au bout de quelques années, le Gouvernement prit en charge ce système qui fut dès lors financé sur les fonds publics.

---

[1] Pour plus de détails sur les caractéristiques de l'Etat du nord-ouest du Nigéria et sur le système de communication par récepteurs-émetteurs radio, voir l'annexe XI.

Pendant les premières années, le système fonctionna assez bien, mais peu à peu les postes émetteurs-récepteurs s'usèrent, se démodèrent et leur entretien posa des problèmes. En mars 1974, seuls le poste de la station de base et quelques autres étaient en état de marche, mais on ne s'en servait plus. Etant donné les bons résultats obtenus dans le passé, le Gouvernement de l'Etat du nord-ouest envisage maintenant d'établir un nouveau réseau radio avec des appareils modernes.

Bien que ne reliant qu'un petit nombre des dispensaires de la région, dont certains des plus isolés, le réseau radio a permis d'obtenir des résultats qui montrent bien quelles sont les possibilités offertes par un tel système dans les pays en voie de développement d'une manière générale. Il a notamment donné le moyen :

1) d'assurer le perfectionnement du personnel des dispensaires par le biais des consultations régulières avec les médecins et d'améliorer ainsi ses compétences, son savoir-faire et son efficacité;

2) de superviser le travail des agents de dispensaire et de les amener à consacrer plus de temps aux activités préventives, en particulier lorsque les fournitures thérapeutiques faisaient défaut;

3) d'améliorer l'approvisionnement en médicaments et en pansements et d'assurer l'utilisation plus efficace des fournitures disponibles;

4) d'assurer à de nombreux malades, dans les dispensaires comme dans les hôpitaux de district, de meilleurs soins qu'ils n'en auraient reçus si le système n'avait pas existé;

5) d'obtenir une meilleure assistance professionnelle dans les cas d'urgence et souvent l'évacuation des malades vers un hôpital dans de meilleures conditions;

6) d'améliorer le moral du personnel des dispensaires qui, grâce aux consultations directes avec un médecin, se sentait moins isolé et négligé;

7) d'assurer la surveillance épidémiologique de zones plus étendues et d'informer plus rapidement les autorités en cas d'épidémie, de sorte que des équipes mobiles pouvaient être rapidement envoyées sur place.

L'établissement d'un réseau de postes émetteurs-récepteurs se justifie particulièrement :

1) dans les zones à population clairsemée où les établissements de santé peuvent être très éloignés les uns des autres;

2) dans les zones où les déplacements sont particulièrement difficiles, en raison par exemple du manque de routes ou de véhicules;

3) en l'absence d'autres systèmes adéquats de télécommunication - l'établissement d'un réseau de postes émetteurs-récepteurs pouvant alors se justifier même dans des zones plus densément peuplées et possédant un réseau routier.

L'expérience faite dans le Nigéria septentrional indique que l'organisation et la gestion d'un réseau de postes émetteurs-récepteurs doit tenir compte de certaines contraintes dont les plus importantes sont les suivantes :

1) le coût d'établissement et d'entretien du réseau s'accroît proportionnellement au nombre de postes, c'est-à-dire proportionnellement au nombre de centres de santé que le réseau doit couvrir;

2) comme ce serait le cas pour toute autre installation technique, le personnel utilisant les postes doit être convenablement initié au fonctionnement de ces appareils;

3) il faut donner au personnel des instructions uniformes et le familiariser avec une terminologie spéciale propre à simplifier les communications verbales par radio;

4) il faut prévoir des services adéquats pour l'entretien régulier et la réparation d'urgence des appareils;

5) le réseau doit faire l'objet de contrôles réguliers comportant des études d'évaluation systématiques.

4. CONCLUSIONS

4.1 Observations générales

Dans la section intitulée "Le problème", on a montré comment certains aspects des services de santé traditionnels contribuent à rendre les systèmes actuels inopérants lorsqu'il s'agit de satisfaire les besoins sanitaires fondamentaux des pays en voie de développement. Dans la section "Etudes de cas", on a examiné comment on peut résoudre ces problèmes en faisant appel à diverses méthodes qui donnent apparemment de bons résultats. Une analyse des différences constatées entre ces méthodes devrait, semble-t-il, permettre d'aboutir à un certain nombre de conclusions.

Toutefois, il faut d'abord se poser la question préliminaire suivante : les méthodes décrites ont-elles donné des résultats vraiment satisfaisants ou, du moins, vraiment prometteurs ? Dans le cas de Cuba et de Jamkhed, il est possible de répondre en se fondant largement sur des données statistiques et d'autres informations objectives. Dans les autres cas, c'est sur des observations concrètes que sont principalement fondés les jugements que l'on a portés (voir paragraphe 1.4.5), les statistiques sanitaires et démographiques étant soit inexistantes, soit dépourvues de signification en raison de la mise en oeuvre trop récente de ces programmes. L'élément subjectif que comportent nécessairement les observations a toutefois été atténué dans toute la mesure possible par des visites sur le terrain, des entretiens avec les pourvoyeurs et les utilisateurs des services de santé, par des discussions avec les administrateurs responsables et par une étude de la documentation disponible. Les observations n'ont pas été faites par des individus isolés mais par des groupes - si possible pluridisciplinaires - d'experts ayant reçu une formation et spécialisés dans des domaines très divers. Compte tenu des objectifs généraux de la présente étude, on peut considérer que la réponse à la question préliminaire posée plus haut est suffisamment précise et pertinente pour pouvoir servir de base à des conclusions générales. S'il en est ainsi, c'est parce qu'en dépit des immenses problèmes auxquels on se heurte et des énormes difficultés dues à la situation économique, les ressources disponibles sont suffisantes pour satisfaire certains besoins sanitaires fondamentaux des pays en voie de développement, mieux desservir les populations et relever leur niveau de santé.

4.2 Les facteurs de changement

Les cas observés se classent en deux grandes catégories. Il y a d'une part les programmes d'ampleur nationale (Cuba, Chine, Tanzanie et, dans une certaine mesure, Venezuela) et d'autre part les efforts qui ont été faits dans des zones nettement circonscrites (Bangladesh, Inde et Niger). Les programmes nationaux qui ont donné de bons résultats ont été inspirés par une forte volonté politique, qui a donné à des méthodes viables une ampleur nationale. Dans tous les pays où il en a été ainsi (par exemple à Cuba et en Tanzanie), un rang de priorité élevé a été accordé à la santé dans le programme général de développement. Dans la plupart des cas, on avait décidé au départ de procéder à des réformes profondes au lieu de rechercher des solutions dans le cadre du système existant.

Le dynamisme et l'esprit de décision se retrouvent également dans la deuxième catégorie de projets. Bien que mis en oeuvre dans des zones limitées, ils peuvent néanmoins fournir d'utiles enseignements sur le plan technique et opérationnel. Partout - à Jamkhed, à Savar, au Niger dans le district de Maradi, et à Ivanjica - un individu enthousiaste a joué un rôle prépondérant. Il semble d'autre part que les notables locaux et certaines organisations ont considérablement appuyé ces projets. Enfin, l'aide extérieure a joué un rôle et a, semble-t-il, été judicieusement utilisée. Encore que cet aspect du problème soit peut-être celui sur lequel un organisme international peut le plus difficilement agir, il ne faut épargner aucun effort pour tenter d'identifier les personnalités qui sont les éléments moteurs des programmes les plus prometteurs et pour les atteler à la mise en oeuvre de programmes nationaux.

4.3 Définition précise des politiques sanitaires nationales

Le plus souvent, les changements intervenus ont conduit les services de santé à déplacer considérablement leurs priorités; on est passé d'une médecine curative à une médecine curative-préventive, des soins aux populations urbaines aux soins aux populations rurales, des prestations aux privilégiés aux prestations aux plus démunis, et des campagnes de masse monolithiques à des services de santé intégrés dans le cadre du développement socio-économique général.

Pour dispenser des soins de santé primaire à l'ensemble de la population, il a fallu adopter dans tous les cas des techniques médico-sanitaires normalisées et simplifiées, utilisables au maximum par les agents de santé primaire. Dans plusieurs pays (Cuba, Niger, Venezuela), l'utilisation d'ouvrages spéciaux pour la formation des agents de santé primaire et de manuels pour les guider dans leur travail quotidien a donné de bons résultats.

Pour que les techniques ne soient plus l'apanage des seuls initiés, on a eu recours dans la plupart des cas à des agents de santé primaire ayant reçu une formation limitée et pratique. Il est apparu que les prestations sanitaires "de première ligne" sont satisfaisantes pour des interventions prioritaires définies à l'avance, mais leur champ d'action est nécessairement limité. Les soins de santé primaire ne continueront d'être efficaces et utiles que si l'on offre en permanence aux agents sanitaires des cours d'entretien, un encadrement solide, des conseils techniques et la possibilité de diriger les malades vers des médecins spécialisés et des hôpitaux. En d'autres termes, si l'on veut étendre les services à l'ensemble de la population, il faut entièrement restructurer le système de santé, afin qu'il vienne épauler les prestations de santé primaires.

Cette restructuration sanitaire, plus ou moins poussée selon les pays, a constitué la politique de base dans tous les cas étudiés. Les différences constatées sont fonction des conditions locales ou des modalités d'exécution du programme. C'est ainsi qu'à Cuba, où l'on dispose d'un personnel qualifié relativement nombreux, la gamme des services de santé primaires est plus étendue que dans le programme de Maradi au Niger. Toutefois, on a, dans les deux cas, modifié les techniques dans toute la mesure jugée nécessaire et restructuré les autres échelons du système sanitaire pour soutenir les prestations de santé primaires.

4.4 Détermination judicieuse des besoins et des priorités de la population

Pour évidente qu'elle puisse paraître, la détermination des besoins et des priorités de la population est rarement faite dans la pratique et, si l'on n'agit pas, c'est souvent par manque d'information ou de sensibilisation aux problèmes aux échelons central et périphérique. Dans toutes les études de cas, comme celles faites en Chine et à Cuba, on a fait un effort conscient pour déterminer les besoins de santé et les causes profondes de l'état sanitaire déficient des populations, en accordant une attention particulière aux besoins des plus déshérités, qui constituaient en général la majorité. Ainsi, à Jamkhed (Inde), on a étudié la malnutrition et l'insuffisance de l'approvisionnement en eau. Dans les pays où les besoins ont été déterminés, l'infrastructure sanitaire a été conçue de manière toute différente de ce qu'elle est dans les pays développés, où souvent l'on ne se préoccupe que des minorités privilégiées. Dans tous les cas étudiés, on a mis en place un système de santé qui répondait aux besoins ressentis par la population.

4.5 Santé et développement

Si les services de santé constituent l'objet essentiel de la présente étude, il ne sont évidemment que l'un des facteurs qui déterminent la santé d'une population. Il est généralement reconnu que certaines mesures de développement économique ou social ont souvent des effets favorables sur l'état de santé de la collectivité. L'assainissement, le logement, la nutrition, l'éducation et les communications, entre autres, doivent être considérés comme des éléments importants dans la mesure où ils favorisent la santé en améliorant la qualité de la vie. Sans eux, les résultats obtenus par les services de santé dans la lutte contre la seule maladie ne peuvent pas dépasser un certain niveau.

Pour réussir, un programme de développement doit être équilibré. Les services de santé ne doivent être ni trop perfectionnés, ni trop en retard sur les autres secteurs du développement. On peut considérer qu'un bon état de santé est une condition fondamentale du développement économique; réciproquement, le développement social et économique aide à atteindre un niveau de santé satisfaisant. On ne saisit pas encore parfaitement le mécanisme de ces relations qui s'exercent dans les deux sens, mais une connaissance même partielle du phénomène peut empêcher d'élaborer des programmes sectoriels grossièrement inadéquats.

Dans plusieurs des cas étudiés, le programme de santé a été intégré dans un programme général de développement (Chine, Cuba et Tanzanie). Dans d'autres, il a été associé à une action plus limitée visant à améliorer la qualité de la vie (Jurain, Jamkhed et Ivanjica).

Toutefois, la transformation complète de la structure sociale et économique du pays n'est pas la seule solution. Dans le cas de programmes régionaux, comme au Niger et au Venezuela, la preuve a été faite que des entreprises moins ambitieuses peuvent satisfaire les besoins sanitaires fondamentaux de la population.

4.6 Participation de la collectivité

La population peut, pour assurer dans les villages des soins préventifs et curatifs à tous, se charger elle-même des prestations sanitaires primaires en collaboration avec les services de santé. Pour réaliser cette auto-assistance, il faut que le village fournisse lui-même le personnel et les installations nécessaires et adapte soigneusement les prestations offertes aux besoins, aux exigences et aux priorités de la population. Il faut aussi que la population participe étroitement aux décisions concernant les services de santé. Cette participation a généralement pour effet d'inciter la population à accepter et à utiliser ces services de santé; en retour, les responsables des services de santé reçoivent des informations sur les besoins ressentis et les aspirations de la population.

Les ressources encore inexploitées des collectivités sont particulièrement importantes. Il y a, d'une part, tout ce qu'une collectivité peut offrir en matière d'installations, de personnel, d'appui logistique et, parfois, d'aide financière. D'autre part, la population peut apporter un soutien plus subtil, mais tout aussi important, en participant aux activités sanitaires et en utilisant convenablement les services, notamment dans le domaine de la prévention et de la protection sanitaire. Il est essentiel de tenir compte de ce deuxième aspect si l'on veut tirer parti au maximum des ressources limitées dont on dispose et réduire le plus possible le recours à des traitements coûteux et les pertes inutiles de vies humaines.

Dans tous les cas examinés dans cette étude, on avait compris qu'il fallait utiliser toutes les ressources disponibles. D'où une politique de base commune, consistant à faire participer la collectivité à l'organisation, à l'orientation, à la conduite et, dans certains cas, au financement des soins de santé primaires. En République populaire de Chine, en Tanzanie, dans la région de Jamkhed (Inde), à Savar (Bangladesh) et dans le Département de Maradi (Niger), la population a choisi dans ses rangs les agents de santé primaire, assuré la construction et l'entretien des installations sanitaires et contribué au financement des services par des versements en espèces et par d'autres formes d'aide aux agents sanitaires. Pour que la collectivité participe aux décisions concernant ses propres services de santé, on a fréquemment créé des organismes locaux chargés d'aider à fixer les priorités et à faire un choix entre les divers programmes (par exemple à Jamkhed).

Parmi les formules étudiées, toutes celles qui ont été couronnées de succès ont fait appel à la compréhension, à l'aide et au soutien de la population. C'est par les partis politiques organisés que l'on a agi le plus souvent, mais il est apparu que d'autres techniques - par exemple, l'utilisation d'agents du développement ou d'éducateurs - étaient également possibles. La mobilisation massive de la population s'est révélée très efficace, notamment pour réaliser des objectifs aisément identifiables, comme, en Chine, la lutte contre les cinq fléaux ou

comme les programmes d'éducation sanitaire de masse entrepris en Tanzanie ou à Ivanjica. A Cuba, on a eu recours à cette méthode pour déterminer les besoins généraux dans le domaine de la santé et pour exécuter des programmes d'action sanitaire au niveau des collectivités.

4.7 Nouvelle affectation des fonds et autres ressources : répartition plus équitable des dépenses

Dans de nombreux pays, une large part des crédits affectés à la santé sont accaparés par un petit nombre de villes ou ne profitent qu'à une minorité. En Chine et en Tanzanie, on a corrigé ou l'on est en train de corriger cette répartition inégale en donnant aux zones rurales la priorité en ce qui concerne les affectations de fonds et de personnel. A Cuba, où la population urbaine est importante, les fonds sont alloués de préférence aux dispensaires, qui desservent une population nombreuse, et à l'action sanitaire préventive.

Les formes de financement des services de santé vont de la prise en charge presque complète des dépenses par l'Etat à la participation financière importante des collectivités elles-mêmes. Plusieurs facteurs semblent avoir influencé le choix du système. La possibilité pour l'Etat de financer directement les services de santé primaires est certainement un facteur important au Venezuela ou dans des pays à économie dirigée comme Cuba. Dans tous les autres cas en revanche, la collectivité a assumé, à des degrés divers, une partie de la charge, indépendamment du système politique et économique du pays. L'étude des cas considérés montre que lorsqu'on élabore un système de prestations de santé primaires, il faut envisager la possibilité d'une contribution financière ou autre de la collectivité à la marche des services, ainsi que sa participation à la prise des décisions. Le financement et la prise des décisions sont des fonctions complémentaires qui se renforcent mutuellement car elles confèrent à la collectivité l'autorité nécessaire pour endosser la responsabilité de ses propres services. Dans les pays où de telles mesures font partie intégrante de la politique nationale, les notables locaux sont conscients des problèmes de santé qui se posent à la collectivité ainsi que du rôle, du champ d'activité et des possibilités de leurs services de santé primaire, à la gestion desquels ils s'intéressent activement. D'autre part, les établissements sanitaires situés dans le voisinage des services de santé primaire sont de toute évidence mieux informés des aspirations de la collectivité, ainsi que de ses besoins réels et ressentis.

Il n'a pas été possible d'étudier méthodiquement pour tous les cas considérés l'importance, la répartition et l'utilisation des ressources affectées à la santé. C'est pourquoi de nouvelles recherches seraient justifiées sur le financement des prestations de santé primaires.

4.8 Développement des personnels de santé pour répondre aux besoins nationaux

La pénurie de personnel sanitaire étant l'un des principaux obstacles à l'expansion des services de santé en milieu rural, il conviendrait d'envisager de donner au personnel une formation différente. Pour utiliser la main-d'oeuvre sanitaire convenablement et dans les conditions les plus économiques, il faudrait définir les fonctions des divers établissements sanitaires du pays et déterminer en conséquence la formation à donner au personnel. Les études de cas font clairement ressortir les tendances communes et novatrices qui se manifestent en matière de personnel de santé.

Les agents de santé primaire recrutés localement, payés et entretenus par la collectivité, forment l'avant-garde de l'infrastructure sanitaire; ils sont les premiers contacts de l'usager. Efficaces, bien acceptés par la population et peu coûteux, ils n'ont besoin que d'une brève formation initiale. Dans un grand nombre des pays considérés, les agents de santé primaire exercent leurs activités dans des domaines prioritaires telles que les maladies transmissibles, la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale), la nutrition, l'assainissement, et le traitement des maladies bénignes.

Quelles que soient les conditions, il est sans doute plus facile de préparer le personnel à des tâches précises qu'à des fonctions multiples; cependant, dans la plupart des cas étudiés, les agents de santé primaire étaient efficaces quels que fussent leur niveau et leur formation. On trouve, en milieu rural, des assistants médicaux, des infirmières de santé publique et leurs auxiliaires, des "médecins aux pieds nus", des aides sanitaires ruraux, des agents d'assistance sanitaire et des agents sanitaires de village qui assument des fonctions très diverses. Au niveau du village, seuls quelques-uns des travailleurs sanitaires susmentionnés sont disponibles en permanence. Dans certains cas, on enseigne les techniques élémentaires de soins aux sages-femmes traditionnelles et on leur donne les connaissances de base nécessaires pour leur permettre de s'intégrer dans l'organisation sanitaire officielle.

Des guérisseurs indigènes peuvent être formés et intégrés dans le système général de santé, comme cela se fait en Chine. Dans les pays en voie de développement, des médecins indigènes desservent de vastes populations et il arrive parfois, en Inde par exemple, qu'un système indigène de soins soit bien établi, mais pas pleinement reconnu. Il existe cependant divers types de praticiens indigènes : professionnels, non professionnels, guérisseurs agissant par la prière et thaumaturges et leur intégration dans le système de santé de l'Etat nécessiterait des recherches plus approfondies.

A l'instar de ce qui a été fait en Tanzanie et à Jamkhed, on peut associer à l'exécution d'un programme de santé des travailleurs d'autres secteurs, tels que des agents du développement des collectivités ou des enseignants.

L'encadrement des agents de santé primaire et leur formation en cours d'emploi sont assurés par le personnel médical de district. Ce personnel d'encadrement doit être suffisamment compréhensif et avoir des connaissances et une compétence suffisantes pour collaborer avec les agents de santé primaire et les praticiens indigènes et assurer leur formation.

En Chine, les personnels d'encadrement des centres de santé spécialisés vont travailler périodiquement au milieu de la population rurale et se familiarisent ainsi sur place avec les conditions et les problèmes locaux.

Un système de formation continue des agents de santé primaire a été institué en Chine, à Cuba, au Venezuela et dans le cadre du projet de Jamkhed, en Inde.

4.9 Décentralisation de la planification et de l'administration

Une autorité centrale qui se contente de communiquer ses décisions aux échelons inférieurs n'encourage pas suffisamment la participation locale. Aussi a-t-on, dans les pays où la population locale participe aux décisions, modifié le processus de planification.

Pour restructurer les mécanismes administratifs et de planification, on dispose d'un choix de moyens presque illimité et plusieurs exemples sont donnés dans les études de cas. Cependant, toutes les solutions adoptées à l'échelon national ont en commun la mise en place d'un organisme national, qui définit la politique à suivre et fait un choix parmi les diverses options, et un mécanisme assurant l'acheminement vers un service central des informations concernant les besoins et les demandes des services périphériques.

Parmi les tâches que doit entreprendre tout pays qui souhaite améliorer la santé de sa population, l'établissement d'un système décentralisé est sans aucun doute l'une des plus délicates. On peut arguer qu'une telle mesure ne mérite pas tant d'efforts et qu'un système entièrement centralisé est plus efficace. Pour limitée qu'elle soit, la meilleure réponse à cer argument est fournie par les études de cas examinés dans ce document : celles-ci montrent en effet que les résultats les plus remarquables ont été obtenus dans des pays où une forte centralisation a fait place à une organisation décentralisée. Le degré de décentralisation varie d'un pays à l'autre et va de la prise en charge intégrale de la gestion par la collectivité (Chine) à une redistribution des responsabilités à l'intérieur du système de santé, accompagnée de consultations avec les collectivités (Venezuela).

La participation de la collectivité peut se faire dans des contextes politiques différents. Cette participation favorise la mobilisation et la sensibilisation de la collectivité aux problèmes de santé et permet aux autorités sanitaires centrales d'obtenir, au sujet des besoins ressentis, les informations nécessaires à une gestion des services plus efficace et plus scrupuleuse.

4.10 Intégration et coordination

Les études de cas font ressortir deux types d'intégration. Il y a d'abord l'intégration des divers aspects de la politique sanitaire dans le développement économique et social. Une action collective s'engage, notamment au niveau local, à laquelle prennent part, au côté du secteur de la santé, divers secteurs tels que l'éducation, l'agriculture, les travaux publics, le logement, les communications, etc., ainsi que la collectivité elle-même; c'est ce qui a été fait à Ivanjica et à Jamkhed ainsi que dans le cadre des projets de nutrition mis en oeuvre au Bangladesh et dans les Philippines; la politique de développement rural de la Tanzanie, qui vise à regrouper la population dans des agglomérations rurales élargies de manière à faciliter les prestations de santé primaire et autres, est aussi un bon exemple : en créant des agglomérations plus importantes en zone rurale, on réduit la gravité d'un des principaux problèmes auxquels se heurtent les services de santé ruraux de nombreux pays en voie de développement : le problème des distances.

La deuxième forme d'intégration consiste à regrouper et intégrer les divers éléments des services de santé (santé maternelle et infantile, planification familiale, prévention de maladies transmissibles, nutrition, éducation sanitaire, etc.), comme on l'a fait par exemple au Bangladesh. Le principal avantage pratique de cette intégration est le recyclage des agents affectés aux campagnes de masse à qui l'on donne une formation plus générale en matière de prestations de santé.

4.11 Education sanitaire et nutritionnelle

Dans toutes les approches étudiées, sans aucune exception, l'éducation sanitaire constitue l'une des principales activités des agents de santé primaire. Cette prééminence explique, pour une large part, les succès obtenus en Chine et les perspectives encourageantes qui s'ouvrent ailleurs. Etant donné que ce secteur a été lamentablement négligé dans les services de santé traditionnels, la méthode adoptée au cours des expériences réussies est d'une grande importance.

A Savar et à Jurain, au Bangladesh, l'éducation sanitaire est dispensée sur une grande échelle et fait également partie de la formation dans les secteurs agricole et autres. Associée à la participation de la collectivité, elle a déjà modifié sensiblement les attitudes des populations à l'égard de la santé et des services de santé. Elle a permis notamment de réaliser des progrès sensibles dans le domaine de la planification familiale. A Jurain, la plupart des améliorations apportées aux pratiques nutritionnelles sont, d'une manière ou d'une autre, en rapport avec l'important effort d'éducation qui a été fait dans la région.

A Jamkhed, ce sont les villageois eux-mêmes qui apprennent à donner des soins simples et à assurer une éducation sanitaire.

Les succès de l'éducation sanitaire semblent dus à plusieurs facteurs. Le simple fait d'associer le développement à la mobilisation et à la participation de la population constitue un des meilleurs moyens de susciter l'intérêt de la collectivité pour les problèmes de santé. Par ailleurs, la participation de la collectivité aux prises de décisions peut contribuer puissamment à la transmission des connaissances à condition qu'elle soit organisée par un personnel qualifié, conscient des besoins réels et ressentis de la population.

Il convient aussi de noter que, dans la plupart des cas de réussite, le message éducatif a été transmis par des personnes appartenant à la collectivité et jouissant de ce fait de la confiance de gens dont elles partageaient les opinions, les aspirations et la langue. Ce message était en général simple et concernait des problèmes hautement prioritaires.

4.12 Assainissement

Dans tous les cas étudiés, on a souligné l'importance de l'assainissement de base en milieu rural, et notamment de l'approvisionnement en eau saine. En Tanzanie, le Gouvernement et les pouvoirs locaux ont attribué un rang de priorité élevé à la mise en place d'un réseau rural d'adduction d'eau. De même, la priorité a été donnée à Jamkhed à un projet de forage de puits d'irrigation.

Les ministères de la santé ne peuvent guère intervenir directement dans le domaine de l'assainissement, qui relève d'autres services publics. Nombre de projets entrepris, notamment par des organismes de gestion des eaux, de logement et de planification urbaine ainsi que par les ministères de l'agriculture et de l'éducation, peuvent avoir d'importantes incidences sur la santé et peuvent souvent être réalisés à moindre frais à condition que l'élément santé soit intégré dans le projet dès le stade de la planification.

Si les grands projets de gestion des eaux d'évacuation des déchets et autres travaux de génie sanitaire sont incontestablement de la compétence de l'Etat, de nombreux besoins ruraux peuvent être satisfaits par les pouvoirs locaux dans le cadre de projets planifiés et exécutés par les collectivités elles-mêmes, comme cela se fait en Chine, à Cuba, en Tanzanie et à Jamkhed.

4.13 Liaisons et transports

Il convient d'accorder une attention particulière aux moyens de rendre les services de santé moins dépendants des véhicules automobiles (à essence ou diesel). Les véhicules à moteur destinés à l'usage exclusif des services de santé sont d'un fonctionnement et d'un entretien coûteux. Or, dans de nombreux cas, on peut faire appel aux transports publics. En raison de l'accroissement constant des coûts d'exploitation, il faudrait recourir davantage à la bicyclette, au vélomoteur et à d'autres moyens de transport traditionnels plus économiques. Pour mieux exploiter les possibilités actuelles et éviter au maximum l'acquisition de nouveaux engins, qui grève les budgets, il faudrait adopter la méthode des déplacements groupés. Toutefois, pour surveiller les services de santé primaire, il faut disposer de moyens de transport rapides et sûrs qui permettent de mieux encadrer ces services et de leur offrir l'aide technique nécessaire.

Les techniques modernes offrent de nombreuses possibilités d'améliorer les liaisons grâce à des solutions inédites. Si quelques tentatives ont déjà été faites pour utiliser les nouveaux moyens de communication dans les services de santé ruraux, il apparaît cependant à l'évidence que ces techniques nouvelles n'ont pas encore été étudiées à fond. Il semble que l'on s'intéresse surtout aux modes de transport les plus coûteux et que l'on tende à négliger les autres moyens de liaison. C'est ainsi que la mise en place d'émetteurs-récepteurs radio pour établir des communications entre d'une part les agents de santé primaire en poste dans des villages isolés, et d'autre part les consultants et le personnel d'encadrement des centres médicaux serait une solution intéressante. Cependant, l'importance de la dépense initiale et des frais d'exploitation ainsi que l'absence de services d'entretien périodique et de réparation risquent de limiter le recours à ces techniques. Tous ces facteurs doivent être pris en considération lorsque l'on envisage d'adopter des techniques nouvelles.

On pourrait aussi avoir recours plus souvent, dans les services de santé, à des moyens de communication et de transport mis en place pour l'armée, la police, le service national de radiodiffusion ou d'autres services officiels.

Résumé des conclusions

Toute politique nationale délibérée de prestations de santé primaires en faveur des plus déshérités ne pourra qu'entraîner un véritable bouleversement dans la majorité des systèmes de santé. Elle modifiera la répartition des pouvoirs, le schéma des prises de décision politiques, l'attitude et l'engagement des professionnels de la santé et des administrateurs qui travaillent dans les ministères de la santé et dans les universités et, enfin, la conscience qu'a la population des prestations auxquelles elle a droit. Pour provoquer une évolution aussi profonde, les dirigeants politiques devront vaincre l'inertie ou l'opposition des professionnels de la santé et des autres groupes résolus à défendre leurs prérogatives.

Une telle réforme des services de santé dans les pays en voie de développement suppose une révision complète de leur structure organique et de leurs méthodes administratives. L'annexe II décrit trois types d'infrastructure sanitaire correspondant aux divers stades du développement national et basés, dans une large mesure, sur le recours à des agents de santé primaire. Pour assurer la bonne marche de ces services, il faut créer une nouvelle catégorie de professionnels de la santé ayant une optique sociale plus large et ayant reçu une formation qui leur permette de répondre aux besoins effectifs de la population. Les agents de santé primaire, techniquement compétents, choisis dans et par la population et surveillés par elle doivent constituer la base et la force de ces services, de préférence à un groupe de bureaucrates peu empressés, désabusés et frustrés parachutés d'en haut. Il faut mobiliser tout le secteur de la santé pour qu'il appuie l'action de ces agents de santé primaire par tous les moyens disponibles : formation, encadrement, services spécialisés, appui logistique, grâce notamment à des techniques sanitaires simplifiées adaptées à leurs besoins. Ces services de santé primaire devront collaborer étroitement avec d'autres branches des services de santé et avec d'autres secteurs ayant des incidences sur l'état de santé des masses : éducation, agriculture, travaux publics, prévoyance sociale.

Les innovations et les succès décrits dans la présente étude sont suffisamment prometteurs pour justifier un changement radical de politique et d'orientation, qui permettrait de favoriser, d'élargir et d'adapter les programmes évoqués ici et de s'en inspirer pour élaborer un programme mondial de vaste envergure.

5. RECOMMANDATIONS

Les systèmes de protection médico-sanitaire ayant servi d'exemples dans la présente étude ont des caractéristiques qui paraissent avoir contribué dans une large mesure à distribuer plus largement et plus équitablement les soins de santé primaires, à mieux satisfaire les usagers et à assurer une distribution plus efficace et plus économique des prestations. Convenablement adaptés, ces systèmes semblent devoir être applicables dans de nombreux contextes différents du point de vue politique, du point de vue socio-économique et du point de vue de l'environnement.

En conséquence, on est amené à formuler les recommandations qui suivent.

1. L'OMS et le FISE devraient adopter un programme d'action visant à assurer des soins de santé primaires, selon les principes énoncés au paragraphe 2 ci-après, aux populations des pays en voie de développement, particulièrement à celles qui sont encore insuffisamment desservies : populations rurales, populations isolées; habitants des bas quartiers, nomades, etc. Etant donné que la mise sur pied de services de santé primaires est une entreprise nationale qui exige une action à tous les niveaux et qu'il n'est guère possible à tous les pays d'adopter des réformes radicales, le programme d'action proposé devrait être mis en route d'abord par les gouvernements désireux d'assumer cette tâche avec, si besoin est, l'aide d'autres pays et d'organisations internationales, d'organismes d'aide bilatérale et d'organisations bénévoles.

2. Pour assurer une distribution étendue de soins de santé primaires, il convient de réorienter et de développer les services de santé selon les principes qui suivent :

a) en raison de l'interaction entre les programmes de développement et les programmes d'action sanitaire, on doit considérer les services de santé primaires comme s'inscrivant dans le cadre général du développement rural;

b) il y a lieu d'arrêter fermement les politiques, les ordres de priorité et les plans applicables aux services de santé primaires dont la création est proposée;

c) le système de protection médico-sanitaire, à tous les niveaux, doit être réorienté en vue d'appuyer les services de santé primaires en matière de renvoi des malades, de formation du personnel, de services consultatifs, de contrôle et de moyens logistiques;

d) les collectivités doivent participer à l'organisation de leur centre de santé primaire local, lui fournir du personnel, assurer son fonctionnement et lui apporter d'autres formes de soutien;

e) il y a lieu d'employer des agents de santé primaires ayant reçu une formation simple;

f) les agents de santé primaires doivent être choisis par la collectivité elle-même;

g) il convient également : i) de mettre l'accent sur les mesures préventives; ii) d'attribuer une importance majeure à l'éducation sanitaire et à l'éducation nutritionnelle; iii) d'utiliser des techniques médicales et sanitaires simplifiées et normalisées; iv) d'associer cette action aux formes traditionnelles de soins de santé et au respect des schémas culturels des usagers et des besoins qu'ils éprouvent; tous ces aspects doivent être pris en considération dans l'organisation des soins de santé primaires.

3. Le personnel de l'OMS et celui du FISE doivent être informés des nouvelles approches et encourager à les adopter pour pouvoir en favoriser l'application et réorienter leur aide en conséquence.

4. L'OMS et le FISE devraient étudier en détail non seulement les initiatives originales décrites dans la présente étude mais aussi celles qui sont prises à tout moment dans le monde entier par différents organismes, les enregistrer et les surveiller; en tirer des enseignements, en faire connaître les résultats largement, les aider s'il en est besoin, les adapter, les prolonger et encourager des entreprises semblables, même si certaines paraissent aléatoires en ce sens qu'il n'est pas possible de prédire leur réussite avec certitude.

5. L'OMS et le FISE devraient poursuivre leurs recherches concernant les effets du développement rural sur la santé des populations et le rôle que d'autres secteurs peuvent jouer dans la distribution des soins de santé primaires, élaborer des méthodes pour l'application des résultats acquis et aider à les mettre en oeuvre.

6. L'OMS et le FISE devraient favoriser et appuyer :

a) l'adaptation des méthodes et techniques de planification et de formation des personnels aux situations existantes dans les pays en voie de développement;

b) l'adoption de réformes des programmes d'études et des modes de formation des médecins, des infirmières et des sages-femmes en vue de les mettre à même de s'acquitter de leurs fonctions telles qu'elles sont envisagées dans un système de services de santé axé sur les soins de santé primaires;

c) l'adoption de réformes des programmes de formation des autres personnels de santé en vue de les orienter vers le service de la collectivité et de leur inculquer la notion d'équipe de santé afin qu'ils s'intègrent dans la collectivité et soient capables d'utiliser au mieux les ressources locales disponibles.

7. L'OMS et le FISE devraient s'employer, compte tenu des ressources nationales et des plans nationaux, à normaliser et simplifier les techniques médicales et sanitaires afin que les agents de santé primaires puissent en faire usage le plus possible.

8. L'OMS et le FISE devraient étudier les méthodes d'éducation sanitaire existantes ou possibles qui offrent des perspectives prometteuses, afin de les faire connaître et de favoriser leur application, en vue de faire prendre conscience des problèmes de santé aux populations et de les encourager à participer à la dispensation des soins de santé primaires.

9. L'OMS et le FISE devraient faire une étude complète du rôle des transports et des communications dans le succès ou l'échec des actions tendant à assurer des services de santé primaires.

10. Il convient de diffuser largement le présent rapport parmi les organisations internationales ainsi que dans les pays en voie de développement, particulièrement parmi les responsables de la formulation des politiques nationales et des plans et programmes nationaux ayant une incidence sur la santé des populations du secteur rural et des autres secteurs défavorisés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES DE LA PARTIE 2

1. Banerji, D. (1974) Health behaviour of rural populations, New Delhi, Centre of Social Medicine & Community Health, Jawaharlal Nehru University

2. Bryant, J. (1969) Health and the developing world, Ithaca, N.Y., Cornell University Press

3. Fendall, N. R. E. (1972) Auxiliaries and primary care, Bull. New York Acad. Med., 48, 1291-1300

4. Fendall, N. R. E. (1972) Primary medical care in developing countries, Internat. J. Hlth Serv., 2, 297-315, p. 298

5. Haraldson, S. S. R. (1973) Health problems of nomads, Wld Hosp., 9, 176-177

6. Kesic, B. (1968) Rural health problems and some aspects of their solution, Israel Journal of Medical Sciences, 4, 544-552

7. Myrdal, G. (1968) Asian Drama: an inquiry into the poverty of nations, New York, Pantheon

8. Navarro, V. (1973) The under-development of health or the health of under-development (document présenté à la Conférence panaméricaine sur la planification des personnels de santé, sept. 1973)

9. Taylor, C. E. & Hall, M. F. (1967) Health, population and economic development, Science, 157, 651-657

10. Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies (1971) Aperçu de la situation démographique dans le monde en 1970, New York (dans : Etudes démographiques N° 48)

11. Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies (1973) Causes et effets des tendances démographiques, New York (dans : Etudes démographiques N° 50)

12. Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies (1971) Etude sur l'économie mondiale, 1969-1970, New York

13. Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies (1971) 1970 Rapport sur la situation sociale dans le monde, New York

14. Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (1973) Plan d'action mondial, plan régional africain pour l'application de la science et de la technique au développement

15. FISE (1973) The child and the city, UNICEF News, Issue 77 (en anglais seulement)

16. FISE (1974) The young child: approaches to action in developing countries (document non publié du FISE : E/ICEF/L.1303)

17. Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires, dix-huitième session (1971) Evaluation des programmes d'enseignement et de formation professionnelle soutenus par le FISE et l'OMS (document non publié JC18/UNICEF-WHO/2)

18. Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires, seizième session, Genève, 5-6 mars 1969, Evaluation du programme d'assainissement et de distribution d'eau en milieu rural soutenu par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et l'Organisation mondiale de la Santé (1959-1968) (document non publié JC16/UNICEF-WHO/69.2)

19. OMS (1974) Cinquième rapport sur la situation sanitaire dans le monde, partie II (document non publié A27/10; doit paraître dans la série des Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé)

20. OMS, Conseil exécutif (1973) Etude organique sur les méthodes à employer pour promouvoir le développement des services de santé de base, Actes officiels N° 206, pp. 103-115

21. OMS, Réunion de conseillers régionaux en matière d'hygiène du milieu, Genève, 28 février-7 mars 1973, rapport (document OMS non publié EH/73.12) (en anglais seulement)

ANNEXE I

POLITIQUES SUIVIES PAR L'OMS ET PAR LE FISE

a) Politique de l'OMS en matière de services sanitaires de base

Dès 1951, alors que dans de nombreux pays en voie de développement les efforts portaient essentiellement sur des campagnes de masse spécialisées, il a été souligné dans le Rapport annuel du Directeur général que ces campagnes n'auraient qu'un effet temporaire si l'on n'établissait pas des services de santé permanents assurant les activités au jour le jour nécessaires pour combattre et prévenir la maladie, promouvoir et maintenir la santé.

En 1953, le Conseil exécutif, puis l'Assemblée de la Santé, ont déclaré que "l'assistance prêtée dans le domaine sanitaire doit avoir pour objet essentiel de renforcer les services sanitaires de base du pays considéré et de faire face aux problèmes les plus urgents intéressant de larges secteurs de la population, compte dûment tenu de l'état de développement économique et social du pays considéré".[1]

Tout en soutenant les programmes d'éradication du paludisme et de la variole ainsi que des campagnes de lutte contre diverses maladies transmissibles, le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé ont depuis lors réaffirmé à maintes reprises qu'il importe d'améliorer et d'étendre les services sanitaires de base. Un certain nombre de comités d'experts, notamment ceux de l'administration de la santé publique, ont fait des déclarations analogues entre 1952 et 1960.[2] Néanmoins, les réalisations dans ce domaine sont restées modestes et ont été insuffisantes sur le plan qualitatif et quantitatif pour faire face aux besoins des populations.

Au cours des années 1960, la politique de promotion des services sanitaires de base, désormais plus fermement définie, a commencé d'exercer une influence dans certains pays en voie de développement. En 1962, la Quinzième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu que "s'il est, en règle générale, nécessaire de confier à un service spécialisé l'exécution d'un programme d'éradication du paludisme, la participation active des services de santé prend une importance de plus en plus considérable à mesure que le programme se rapproche de ses objectifs et devient capitale au moment où il atteint la phase d'entretien puisque, à partir de celle-ci, les services de santé doivent assumer la responsabilité de la vigilance contre la réinstallation de l'infection".[3]

Ces dernières années, on a de plus en plus pris conscience de l'intérêt qu'il y a à intégrer les programmes spécialisés aux services sanitaires de base. Cette approche a été confirmée à la réunion du Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires en 1965.

Cette tendance de la politique de l'Organisation a été renforcée et s'est de plus en plus affirmée dans les différents programmes de travail pour une période déterminée. Dans le premier programme (1951), il était indiqué que les projets dans des domaines spécialisés devaient constituer autant d'étapes sur la voie conduisant au but ultime, un programme sanitaire équilibré et intégré. Dans le deuxième (1955) est apparue l'idée qu'il est très important de développer les services de santé ruraux. Cette conception a été précisée et développée dans le troisième programme général de travail adopté en 1960 : "L'OMS a patronné l'exécution de

---

[1] Recueil des résolutions et décisions, Vol. I, 1948-1972, pages 245-246, résolutions EB11.R57.6 et WHA6.27.

[2] Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn. N° 248 (Organisation et Administration des Services de Protection maternelle et infantile).

[3] Recueil des résolutions et décisions, Vol. I, 1948-1972, page 75, WHA15.19.

campagnes contre telle ou telle maladie et a encouragé la création de services spécialisés. Il est probable que, dans les cinq prochaines années, les gouvernements demanderont à l'OMS de les aider à intégrer davantage ces campagnes et ces services dans leur organisation sanitaire générale. L'OMS doit donc être prête à le faire". Le quatrième programme (1965) allait plus loin, déclarant : "il est prouvé que le succès des campagnes de masse, dont les objectifs sont nécessairement limités, dépend souvent de l'intégration des équipes qui en sont chargées dans un ensemble de services de santé généraux, qu'il faut parfois créer de toutes pièces. Cette intégration facilite l'expansion de l'action de santé aux zones périphériques du pays et écarte le danger d'une centralisation excessive qui risquerait d'entraver les progrès dans les secteurs ruraux où la population est dispersée". Enfin, dans tout le cinquième programme, adopté en 1971, prédominent les concepts d'intégration et de développement des services sanitaires de base. Au cours des années, les services de base se sont vu accorder une importance considérable et ont reçu la priorité dans les programmes sanitaires des pays. Des principes pour l'établissement et le développement de systèmes nationaux de santé publique ont été énoncés par la Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 1970 (résolution WHA23.61).

La Vingt-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Conseil exécutif d'effectuer une étude sur les "méthodes à appliquer pour promouvoir le développement des services de santé de base". En 1973, l'Assemblée mondiale de la Santé, sur la base de cette étude, a exprimé de nouveau sa conviction que chaque Etat Membre devrait constituer un service de santé qui soit à la fois accessible à toute la population et acceptable par elle, adapté à ses besoins et aux conditions socio-économiques du pays, et atteignant le niveau de technologie sanitaire considéré comme indispensable pour faire face à tout moment aux problèmes du pays (résolution WHA26.35).

En application de la politique ci-dessus, le nombre des projets de l'OMS se rapportant directement aux services sanitaires de base qui était pour toutes les Régions de 85 en 1965 est passé à 156 en 1971. De plus, un nombre considérable de cours, de séminaires, de symposiums et de discussions techniques touchant au développement des services sanitaires de base ont été organisés dans tous les continents et des recherches ont été faites sur l'organisation des services de santé des collectivités.

Malgré ces déclarations de principe et les modifications apportées au programme, les 20 années qui se sont écoulées entre 1951 et 1971 n'ont pas démontré de manière convaincante que la ligne d'action suivie par l'OMS et par la plupart des pays permettrait de résoudre les problèmes dans un laps de temps déterminé. Dans l'étude mentionnée plus haut, le Conseil exécutif a considéré que la situation n'était pas satisfaisante. La présente étude fournit une nouvelle occasion de dresser un inventaire et de proposer des approches, des politiques et des mesures améliorées.

b) Politique du FISE en matière d'assistance

Depuis près de 25 ans, les ressources que le FISE a fournies aux pays en voie de développement l'ont été en majeure partie par l'intermédiaire de leurs services de santé. De 1970 à 1974, l'aide accordée par le FISE a été pour 51 % consacrée à la santé de l'enfance. A l'heure actuelle, le FISE appuie des services de santé destinés aux enfants dans 99 pays. Dès le départ, il a été reconnu que ni les pays ni le FISE n'avaient les moyens d'assurer des soins et des traitements médicaux à tous les enfants de ces pays; c'est pourquoi, tout en axant son aide sur les services de santé maternelle et infantile, le FISE a simultanément prêté une attention considérable à différentes mesures d'appui indirect ou de protection. Dans tous les cas, il a travaillé en étroite collaboration avec l'OMS.

Le FISE avait d'abord fait porter l'essentiel de ses efforts sur les soins prénatals, obstétricaux et postnatals assurés par les services de santé maternelle et infantile. Depuis une dizaine d'années, il s'occupe de manière croissante des jeunes enfants, du sevrage à l'âge de cinq ans, et cherche à renforcer les services assurés à ce groupe d'âge par les centres de santé maternelle et infantile. Depuis 1967, il soutient aussi la planification familiale.

Dès le début, le FISE a également appuyé par tous les moyens à sa disposition des campagnes de masse contre diverses maladies affectant sérieusement les enfants comme la tuberculose, la lèpre, le pian et le paludisme. Il a fourni une aide importante pour la production de vaccins et de sérums dans de nombreux pays et il a soutenu des programmes d'assainissement mettant l'accent sur des projets pilotes ou de démonstration d'approvisionnement en eau dans les zones rurales.

Dans toutes ces activités, le FISE a donné une haute priorité à la formation de personnels locaux dans leurs propres pays. Environ un tiers de son aide est consacré à l'établissement et au renforcement d'écoles et de programmes de formation à tous les échelons : planification, direction, enseignement, encadrement, auxiliariat et volontariat. Une place très importante est faite à la formation de personnel de santé primaire et de niveau moyen. Le FISE estime qu'en ce qui concerne la formation, il faut se préoccuper davantage des conditions locales, de la préparation des enseignants, de l'encadrement, et de la production locale de matériel pédagogique approprié.

Sans exclure les services urbains de santé maternelle et infantile, le FISE a dirigé l'essentiel de son aide sur les zones rurales.

Avec le temps, il est devenu évident que les services de santé maternelle et infantile fonctionnaient de manière optimale dans le cadre des services de santé nationaux au sens large et avec leur appui. C'est pourquoi l'aide du FISE a été étendue aux éléments des services de santé nationaux au sens large qui soutiennent et complètent les services de santé maternelle et infantile. On a reconnu que la santé des enfants était indissociable de la santé de la collectivité tout entière.

Simultanément, à mesure que les campagnes de masse contre des maladies déterminées approchaient de leur but, il est apparu qu'une structure permanente était nécessaire pour maintenir les résultats obtenus. Les campagnes de masse verticales ne pouvaient se poursuivre indéfiniment, mais devaient être intégrées aux services de santé permanents. Bien que le FISE ait soutenu l'intégration des campagnes de masse aux services sanitaires de base et que des progrès importants aient été réalisés dans ce sens, la couverture limitée des réseaux de santé a posé un sérieux problème.

En ce qui concerne la nutrition des enfants, l'aide du FISE qui avait d'abord consisté à fournir des aliments d'appoint et à aider des laiteries locales, a pris une nouvelle forme au milieu des années 1950 avec la mise au point de mélanges alimentaires riches en protéines et peu coûteux. Le FISE a aussi commencé à soutenir des programmes de "nutrition appliquée", par l'intermédiaire du développement communautaire, de la vulgarisation agricole, des écoles, des services de santé, etc., de manière à inciter et aider la population rurale à cultiver et à consommer les aliments requis pour améliorer la nutrition des enfants. Plus récemment, la FAO, le FISE et l'OMS ont encouragé l'élaboration de politiques nationales d'alimentation et de nutrition qui englobent la nutrition des enfants.

Les programmes établis ultérieurement avec l'aide du FISE en matière d'enseignement primaire, de protection sociale et de nutrition appliquée ont démontré la nécessité de combiner les activités des services de santé avec d'autres intéressant par exemple l'enseignement, la protection sociale et la vulgarisation agricole.

Cette constatation a amené une importante réorientation de la politique de base du FISE, confirmée par son Conseil d'administration en 1964. Le FISE a en effet compris qu'on ne pouvait faire face aux besoins des enfants et leur assurer les services nécessaires par une approche sectorielle. Il a formulé deux recommandations principales invitant les gouvernements à entreprendre des enquêtes interdisciplinaires nationales pour : 1) déterminer les besoins fondamentaux des enfants; et 2) élaborer des politiques nationales concernant les enfants et les jeunes, de manière à harmoniser et à coordonner toutes les activités sectorielles pour la jeunesse. La santé des enfants ne peut être séparée de l'ensemble de leurs besoins. Il faut envisager ces

Annexe I

besoins dans leur totalité, compte tenu du processus continu du développement de l'enfant. De plus, il est essentiel de voir dans les enfants non pas simplement des bénéficiaires de services, mais surtout des éléments précieux pour la croissance et le développement du pays. Les politiques et les programmes intéressant les enfants doivent donc être élaborés dans le cadre des plans de développement national. Le FISE s'est ensuite rendu compte que les services de santé maternelle et infantile doivent trouver leur place dans cette large perspective nationale.

Dans cette approche globale, l'accent a été mis une fois de plus sur le rôle des services sanitaires de base, ainsi que sur la nécessité d'améliorer l'approvisionnement en eau, d'alléger le travail des femmes et de se préoccuper tout particulièrement du sort des jeunes enfants et des groupes de population défavorisés.

ANNEXE II

DIFFERENTS TYPES DE SERVICES DE SANTE ADAPTES A DIFFERENTS DEGRES DE DEVELOPPEMENT

I. Le type le plus simple - au niveau périphérique

Poste sanitaire de village

a) Tâches

i) Services élémentaires pour les mères et les enfants - accouchements pratiqués par des accoucheuses traditionnelles. Mesures visant à promouvoir la nutrition et la vaccination

ii) Assainissement élémentaire - par exemple, protection des puits, élimination des déchets, protection des denrées alimentaires, lutte antivectorielle

iii) Education sanitaire rudimentaire

iv) Méthodes empiriques de traitement des maladies et syndromes facilement reconnaissables; environ 10 à 15 médicaments

v) Participation à des programmes de vaccination

vi) Planification familiale et éducation sanitaire élémentaires

b) Personnel

Personnes choisies par les villageois; elles auront de préférence fait des études primaires et recevront, dans la mesure du possible, une formation en cours d'emploi

Accoucheuses traditionnelles ayant reçu une brève formation de base et se perfectionnant en participant deux fois par an à des séminaires

c) Participation de la collectivité

Fourniture d'une salle ou d'un petit poste sanitaire

Entretien de la salle ou du bâtiment

Rétribution partielle de l'agent sanitaire

Transport des malades envoyés ailleurs

Mesures d'assainissement simples telles que protection des puits, enlèvement des ordures, protection des denrées alimentaires et lutte contre les vecteurs ou la vermine, si possible en collaboration avec l'instituteur ou l'agent de vulgarisation pour l'assainissement, l'éducation sanitaire ou la production des aliments et avec l'organisateur du développement communautaire

Stockage des denrées alimentaires et protection contre la vermine, les champignons, l'humidité et autres causes de dégradation

d) Supervision (rôle éducatif)

Un agent sanitaire primaire ayant une année de formation ou, à défaut, deux années au moins d'expérience

Annexe II

e) Moyens de transport

Néant; ou bien char à boeufs, bicyclette ou transport public

f) Matériel

Très simple - table, chaises, 10 à 15 médicaments choisis

Trousses de sage-femme du FISE (contenu périodiquement vérifié)

Dispositifs destinés à économiser la main-d'oeuvre (pompes, brouettes, bicyclettes, remorques, moulins à céréales, outils simples)

g) Centres où envoyer des malades

Simples - dotés d'agents sanitaires primaires ou d'assistants médicaux

h) Cas particuliers

Services ambulatoires pour les populations dispersées, un auxiliaire ou un assistant médical se rendant une fois par semaine dans les villages

Population nomade - un membre de la tribu ayant reçu la formation voulue (on pourrait lui remettre une carte d'identité acceptée par les services de santé)

II. Type intermédiaire

a) Tâches

Comme sous I.a), plus

Planification familiale

Education nutritionnelle (avec distribution de vitamines, d'aliments de protection et d'aliments de sevrage); on prêtera une attention toute particulière aux produits locaux contenant des vitamines

Vaccinations

Détection des cas (activités de surveillance après des campagnes systématiques d'éradication)

Production, conservation, stockage des produits alimentaires

Coopération avec d'autres secteurs (agriculture, enseignement, développement général)

b) Personnel

Un agent sanitaire primaire ayant fait des études primaires

Plus recrutement local de volontaires

Plus praticiens traditionnels (y compris des accoucheuses traditionnelles)

c) Participation de la collectivité

Comme sous I.c), plus

Participation de la collectivité par coopération de la population et de l'administration locale, c'est-à-dire :

- les chefs locaux
- les enseignants et les agents de la vulgarisation agricole
- les promoteurs (s'il y en a)
- les chefs de groupements (associations de jeunes, associations féminines, organisations locales, etc.)

d) Supervision

Un assistant médical ou un agent sanitaire primaire expérimenté - si possible, une équipe

e) Communications/moyens de transport

Transport à partir du centre pour des cas urgents ou aux fins de la supervision; utilisation efficace et aux moindres frais du téléphone ou d'émetteurs-récepteurs radio, si possible

f) Matériel

Un peu plus complexe (voir matériel du sous-centre de type classique)

g) Centres où envoyer des malades

Centres de santé équipés de quatre lits, de moyens de transport, dotés d'un assistant médical et orientés vers la santé publique

III. Type plus avancé

a) Tâches

Comme sous I.a); plus

Planification familiale avec supervision paramédicale

Action curative + traitement ambulatoire de la tuberculose

Réhydratation pour les jeunes enfants

Alimentation d'appoint : aliments, produits localement ou traités, ou mélanges

Centres de récupération nutritionnelle

Assainissement, y compris eau, déchets, amélioration des habitations

Santé scolaire, etc.

Education sanitaire

Education du consommateur

Assurances

Annexe II

b) Personnel

Une équipe comprenant :

- 1 assistant médical ou 1 médecin traditionnel et/ou 1 agent sanitaire primaire
- 1 ou 2 personnes recrutées localement, dont 1 sage-femme auxiliaire ayant reçu une formation d'au moins 6 à 12 mois

c) Participation de la collectivité

Comme sous II.c)

Coopérative d'achats et de distribution d'engrais

Coopérative d'achats et de distribution de certaines céréales

d) Supervision

Equipes, y compris médecin ou assistant médical de la santé publique, sage-femme et technicien de l'assainissement expérimentés

e) Communications/moyens de transport

Téléphone ou radio

Transport à partir du centre (voiture ou ambulance)

f) Matériel

Plus complexe - pour le diagnostic, le traitement, médicaments, etc.

g) Centres où envoyer des malades

Hôpital rural comprenant certains services spécialisés, dont un service de chirurgie

Centres sanitaires dotés de techniciens (laboratoire).

Dans le cas du N° III, une planification décentralisée à l'échelon de la région, du district ou du sous-district rendra possible l'exécution d'enquêtes et de recherches, notamment d'enquêtes nutritionnelles.

ANNEXE III

BANGLADESH : LE DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE

1. Généralités

Le pays est divisé en 19 districts et plus de 400 thanas. La population, évaluée à plus de 75 millions de personnes est répartie sur une superficie de près de 143 000 km^2. Quatre-vingt-cinq pour cent des habitants vivent dans des zones rurales, et le pays compte 68 villes.

Le revenu par habitant est de US $58 par an, mais seulement de US $20 pour les 20 % de la population les plus pauvres.

L'approvisionnement en eau saine et la salubrité de l'environnement laissent à désirer dans l'ensemble du pays.

2. Situation sanitaire et politiques en matière de prestations de soins

a) Tableau de la morbidité

Les maladies infectieuses sont les principales causes de morbidité et de mortalité. Le paludisme, la tuberculose, la variole, le choléra et d'autres maladies diarrhéiques ainsi que les maladies de l'enfance telles que la diphtérie, le tétanos du nouveau-né, la coqueluche et la rougeole posent encore des problèmes majeurs. Des progrès ont été réalisés dans l'éradication du paludisme, sauf dans les zones frontières. La tuberculose pulmonaire provoque quelque 100 000 décès chaque année, et 300 000 tuberculeux nécessitent un traitement hospitalier. La prévalence de cette maladie se situe entre 2,6 % et 4,5 % chez les travailleurs de l'industrie. L'épidémie de variole survenue après la libération a lourdement frappé la population : 2510 cas ont en effet été signalés au cours des quatre premiers mois. Environ 6 % de la population a le visage grêlé, ce qui témoigne d'une infection variolique antérieure. Le choléra sévit de façon endémique dans le pays et il est urgent d'assurer l'approvisionnement en eau saine et l'élimination hygiénique des excreta humains.

b) Orientation générale des services de santé

Dans le passé, les autorités ont généralement lancé des programmes monovalents destinés à résoudre tel ou tel problème particulier de santé publique. Or, tous ces programmes présentent les inconvénients suivants :

1) Ils sont limités dans le temps en ce sens que dès que l'objectif est atteint, le programme est interrompu ou seule son ossature est maintenue. Aussi est-il difficile de recruter des effectifs de valeur, le programme n'offrant aucune véritable perspective de carrière.

2) Il y a double emploi des efforts, des dépenses et du personnel qualifié entre les divers programmes.

3) Tels qu'ils se présentent actuellement, certains projets sont insuffisamment dotés en personnel, les effectifs techniques et d'encadrement se trouvant presque tous au niveau central.

4) Les moyens financiers consacrés aux projets monovalents sont parfois sans aucun rapport avec les besoins réels. Si des crédits sont alloués avec largesse à certains programmes, avec pour conséquence une non-utilisation ou même un gaspillage des fonds, d'autres programmes ne peuvent être mis en oeuvre en raison du manque de fonds.

Annexe III

c) Stratégie du développement des services de santé avant l'indépendance

La stratégie fondamentale du Bangladesh est de mettre l'accent sur les soins préventifs, et non plus comme auparavant sur les soins curatifs, de façon à assurer l'équilibre entre le traitement et la prévention, et d'organiser un système de prestations permettant de dispenser à la population rurale des soins médicaux complets et intégrés. Pour y parvenir, un complexe rural de santé, comprenant des centres de santé ruraux et des hôpitaux de 25 lits ainsi que des sous-centres satellites, est établi dans chaque thana. Les malades qui ont besoin de soins spéciaux sont acheminés vers les hôpitaux de sous-division et de district ainsi que vers des établissements d'enseignement médical et des établissements spécialisés.

Dans le système de prestations sanitaires, on a par conséquent cessé de mettre l'accent sur l'individu pour s'intéresser à la collectivité, dont l'unité de base est la famille. En raison de ce changement d'optique, il a fallu commencer à s'intéresser à l'écologie de la collectivité et au processus de développement dans ses rapports avec l'éducation, avec l'agriculture et avec le progrès, les priorités et la planification économiques. Au niveau gouvernemental, il faut établir un projet et des plans multisectoriels non pas uniquement pour les services de santé mais pour la santé de la population. Les prestations sont donc fondées sur des soins communautaires intégrés et complets couvrant toutes les activités économiques et sociales.

La politique d'action sanitaire vise les objectifs suivants :

1) Créer dans les zones rurales une infrastructure sanitaire qui puisse assurer des services de santé intégrés et complets par l'intermédiaire des complexes sanitaires de thana et des sous-centres satellites.

2) Intégrer, à la base, le programme de planification familiale dans les programmes de santé sous l'égide de l'administrateur sanitaire de thana, de façon à prévenir au maximum les grossesses et naissances non désirées.

3) Assurer des soins bien organisés aux nouveau-nés, aux enfants et aux mères en renforçant les services de santé maternelle et infantile, de manière à réduire les taux de mortalité infantile et maternelle.

4) Endiguer ou éradiquer les maladies transmissibles et organiser des services épidémiologiques soutenus par des laboratoires de santé publique bien équipés.

5) Mettre en place des service de santé du travail bien organisés à l'intention des travailleurs de l'industrie, assurer la protection contre les risques d'accidents du travail, créer un environnement sain sur les lieux de travail et dispenser des soins médicaux aux travailleurs et à leurs familles.

6) Améliorer la qualité des installations hospitalières existantes, en créer de nouvelles (on s'efforcera de créer au moins un hôpital de 25 lits dans chaque thana rural) et d'ici à la fin de la période couverte par le plan réaliser l'objectif d'un lit d'hôpital pour 3500 habitants.

7) Créer des établissements d'enseignement universitaire et postuniversitaire ainsi que des centres de formation professionnelle du personnel médical, paramédical, infirmier et obstétrical et assurer de bonnes conditions de service pour que ce personnel puisse être utilisé de façon optimale.

8) Assurer les approvisionnements en médicaments vitaux pour le traitement des malades et en agents immunisants pour la prévention ou l'endiguement des maladies transmissibles.

9) Assurer la coopération et la coordination intersectorielles en vue d'améliorer la salubrité de l'environnement, l'habitat, l'approvisionnement en eau potable, etc. chez les particuliers et sur les lieux du travail.

d) Structure générale des services de santé

C'est à partir du complexe rural de santé que l'on compte assurer des services intégrés et complets de santé et de planification familiale à la population des zones rurales. Chaque complexe comportera deux éléments :

i) les centres de santé ruraux au niveau du thana et les sous-centres au niveau des groupements de villages;

ii) un hôpital de 25 lits au niveau du thana.

On se propose de créer un centre de santé rural dans chacun des 356 thanas ruraux et un sous-centre dans chacun des 3698 groupements de villages. Chaque sous-centre desservira une population de 12 000 à 15 000 personnes. La mise en place de ces centres et sous-centres de santé s'étendra sur plusieurs années, compte tenu des ressources et du personnel disponibles.

L'auxiliaire, ou travailleur sanitaire de base, est l'élément clé de l'équipe de santé. Après avoir reçu une instruction du niveau du certificat de fin d'études secondaires ("matriculation"), il suit un cours de formation spéciale. Chaque auxiliaire s'occupe d'une population d'au maximum 4000 personnes et est solidement encadré. Il effectue régulièrement des visites à domicile suivant un calendrier établi à l'avance et dans une zone délimitée, et il voit chaque famille au moins une fois par mois.

Il assure les tâches suivantes, lors des visites à domicile :

1) Immunisation - première vaccination et revaccination contre la variole, le choléra et la typhoïde, vaccination BCG.

2) Education sanitaire : salubrité de l'environnement, purification de l'eau, santé de la famille, planification familiale.

3) Collecte et transmission au laboratoire du centre de santé rural d'échantillons de sang des malades paraissant atteints de paludisme et de crachats de malades paraissant atteints de tuberculose.

4) Fourniture de médicaments antipaludiques, antituberculeux et antilépreux pour les cas confirmés.

5) Participation aux campagnes antipaludiques et aux autres mesures de lutte contre les épidémies.

6) Tenue à jour d'un fichier de santé de la famille et de planification familiale (à partir duquel seront recueillies les statistiques démographiques ainsi que d'autres données de santé et de planification familiale).

Les travailleurs sanitaires de base sont placés sous la direction d'un inspecteur sanitaire adjoint, responsable de quatre travailleurs au niveau du groupe de villages et placé directement sous les ordres du médecin ou de l'assistant médical qui dirige le sous-centre. En outre, chaque sous-centre possède un dispensaire de santé maternelle et infantile qui assure, par l'intermédiaire d'une visiteuse d'hygiène, des services de planification familiale.

Le médecin ou son assistant dirige l'équipe et assume la responsabilité des soins intégrés pour tout le groupe de villages. Le cas échéant, il dirige les malades vers l'administrateur de la santé du thana placé au-dessus de lui ou demande conseil à ce dernier. Au niveau du thana,

Annexe III

le centre de santé rural constitue le siège des services de santé intégrés assurés dans l'ensemble du thana par l'intermédiaire des sous-centres. Outre qu'il dessert le groupe de villages où il est situé, le centre de santé du thana supervise tous les sous-centres, reçoit leurs malades et leur offre son hôpital de 25 lits.

A l'heure actuelle, quelque 12 500 travailleurs sanitaires de base (ou de protection familiale) ont été recyclés et travaillent dans de bonnes conditions. La stratégie sanitaire actuelle du Bangladesh est d'assurer à toute la population les services de travailleurs sanitaires de base d'ici à la fin de 1974. Le Gouvernement se propose également de mettre sur pied un système de formation afin d'améliorer les connaissances et les compétences techniques des travailleurs sanitaires de base et, par là, d'améliorer la qualité des soins dispensés.

Conclusion

La réorganisation des services de santé, grâce à la réorientation et au recyclage du personnel sanitaire et à l'intégration des tâches des travailleurs de santé, a permis de réduire les doubles emplois et a beaucoup amélioré les prestations sanitaires. On a pu assurer une meilleure couverture sanitaire, notamment dans les zones rurales, en instaurant un système de travailleurs de santé primaire ou de base (appelés également auxiliaires de santé familiale), qui font chaque mois des visites à domicile au cours desquelles ils accomplissent des tâches simples et bien déterminées de protection et de promotion de la santé. Au Bangladesh, où une grande partie du sol est gorgée d'eau et où les communications sont difficiles, ce système relativement simple de prestations sanitaires semble devoir donner de bons résultats.

3. Le projet de Savar

a) Orientation générale

Un groupe de travailleurs sanitaires du Bangladesh a organisé le projet de Savar au cours de la lutte pour l'indépendance, en s'inspirant de la stratégie générale de développement des services de santé. La méthode qu'ils ont adoptée s'inscrit dans le plan actuel visant à établir des services de santé de base (centres de santé primaire) desservant un réseau de sous-centres.

Dans le projet, les activités, essentiellement préventives, sont axées sur la vaccination contre les maladies transmissibles et le développement des services de planification familiale. Des services curatifs d'ampleur limitée sont assurés par les dispensaires (à la base) et par les sous-centres. L'hôpital de base assure l'hospitalisation et les soins d'urgence.

L'un des principes sur lesquels repose le projet est qu'il faut envisager les prestations sanitaires non pas isolément mais plutôt dans le cadre général du développement. On enseigne aux individus des métiers artisanaux et des techniques agricoles améliorées, ce qui permet d'augmenter le revenu familial. L'éducation sanitaire est menée en même temps que les programmes agricoles et nutritionnels. Un enseignant, chargé à plein temps de cours de vulgarisation et secondé de deux enseignants adjoints, est responsable du centre.

L'objectif est de faire du projet de Savar une entreprise aussi autonome que possible grâce aux primes d'assurances versées par la population. Pour un montant de 2 takas[1] par famille et par mois, les assurés ont droit au traitement ambulatoire gratuit, et lorsque l'hospitalisation est nécessaire, ils ne paient que cinq takas supplémentaires plus une taka par journée d'hôpital. Les malades hospitalisés ne sont pas nourris mais les médicaments sont tous gratuits. Les personnes qui ne sont pas assurés paient deux takas par visite; elles reçoivent des médicaments gratuitement, mais l'hospitalisation est payante.

---

[1] 1 taka = US $0,12 (1974).

b) Description du projet

Entrepris en 1972, le projet a pour but d'assurer des soins complets à une population qui dépasse 200 000 personnes dans le thana de Savar, zone rurale de près de 350 km^2. Un petit hôpital sera relié à un réseau de 11 sous-centres, qui assureront les soins primaires grâce à des travailleurs sanitaires de village formés sur place, et surveillés par un médecin de l'hôpital qui se rendra chaque semaine dans les sous-centres. Le siège du projet se trouve à Savar, où il existe un dispensaire de jour ainsi que des services d'urgence.

A Savar on assure à la fois les prestations sanitaires et la formation des agents sanitaires. Dans certaines régions, les médecins se sont rendus dans les écoles et ont choisi des volontaires parmi les étudiants. Il s'agissait de recruter dans chaque village deux étudiants et de les préparer à assurer des services préventifs sur place, essentiellement des services de vaccination. Ce programme de formation est actuellement en cours. Au bout de six mois, ils doivent être en mesure de soigner les maladies mineures, de faire de l'éducation sanitaire et de donner des conseils de planification familiale. Dans les villages, des femmes sont également formées et chargées de diffuser des notions de planification familiale; elles donnent des conseils et fournissent le matériel nécessaire. Tous les stagiaires reçoivent une petite rémunération.

On familiarise les étudiants et les écoliers à l'action médico-sociale, et notamment à l'éducation des adultes. Tous les villages font actuellement l'objet d'une étude et, au cours de leurs visites, les médecins contrôlent la documentation préparée par les stagiaires ou par les écoliers et les étudiants qui se sont portés volontaires.

Ce qui caractérise le programme, c'est le système d'assurance mutuelle qui donne aux participants le droit à un traitement ambulatoire trois jours par semaine, à des soins d'urgence à tout moment, à des médicaments, des vaccins et des services de planification familiale en échange d'une cotisation mensuelle très modeste. Bien que le montant versé directement par l'usager des services de santé soit modique et ne pose pas de problème financier, les responsables du projet font observer que le total représente plus du double de ce que le Gouvernement dépense actuellement par famille pour tous les services de santé au Bangladesh. Il faut noter tout particulièrement que le projet a commencé pratiquement sans fonds, mais qu'il a malgré cela fonctionné de façon remarquable.

c) Base économique des services de santé

Le projet de Savar entend assurer son autonomie autant que possible grâce aux primes d'assurance. Il est prévu d'assurer d'abord quatre des 11 groupements de villages de Savar, représentant au total 60 000 personnes. Cinquante pour cent des habitants ont accepté de cotiser à l'assurance.

La principale critique que l'on peut adresser au projet de Savar est qu'il reçoit une importante assistance extérieure; on ne sait donc pas s'il parviendra à être autonome dans un proche avenir.

d) Administration du projet

Le centre hospitalier et de réadaptation du Bangladesh est dirigé par un conseil d'administration autonome, composé de deux représentants permanents de l'Association médicale du Bangladesh et de trois éminents travailleurs sociaux. La gestion de l'hôpital est confiée à un conseil des gouverneurs, lesquels sont chargés d'élire le directeur du projet et d'administrer l'hôpital dans le cadre des plans et du budget adoptés par les administrateurs. Le conseil des gouverneurs comprend des représentants de chacune des grandes catégories de personnel hospitalier (médecins, infirmières, administrateurs, etc.), un représentant de l'Association médicale du Bangladesh, un représentant de la Croix-Rouge et un représentant du corps enseignant et des étudiants de l'université du thana.

Annexe III

e) Participation de la collectivité

Si les primes d'assurance ne permettent de couvrir qu'une partie du coût des services, le fait de participer directement à l'organisation des soins qui leur sont assurés a déjà provoqué un net changement dans l'attitude des villageois à l'égard des services de santé; ils ont désormais le sentiment de payer les services qu'on leur rend plutôt que recevoir une aumône des pouvoirs publics.

Etant donné qu'aux yeux de ses fondateurs le programme est un "projet axé sur la santé et le bien-être", on s'est également efforcé d'assurer des possibilités d'emploi aux usagers des services de santé. L'une des réussites du projet a été la création d'un centre de couture, où l'on apprend aux femmes à se servir d'une machine à coudre pour fabriquer des vêtements simples pour les enfants, pour lesquels elles sont payées à la pièce. Ces vêtements sont ensuite vendus à bas prix aux familles des assurés les plus pauvres. Mais surtout, le centre de couture offre l'occasion de donner aux femmes une éducation de base et de les inciter à participer au programme de santé et de planification familiale. Comme on l'a vu, un enseignant à plein temps est responsable du centre et il est secondé par deux assistants. Il est intéressant de noter que toutes les jeunes femmes qui, à la mi-1973, assumaient des fonctions de conseillères en planification familiale étaient des personnes qui avaient fréquenté le centre de couture.

Conclusion

Il faut être prudent avant de tirer les conclusions de l'expérience de Savar, car le projet est relativement récent et a reçu dès le départ une importante aide extérieure. En outre, la région de Savar n'est probablement pas aussi pauvre que le reste du Bangladesh. Toutefois, on peut dégager plusieurs points importants :

1. Il serait possible et souhaitable que des médecins prennent l'initiative de créer un système de prestations de santé radicalement différent de ce qui existe actuellement à la condition que ce système soit compatible avec la doctrine nationale.

2. Un système au moins partiel d'assurance-maladie doit pouvoir fonctionner même dans des régions très pauvres, à condition qu'il existe une certaine sécurité ou stabilité financière. L'un des moyens de garantir cette sécurité financière à des paysans est d'instituer un système d'assurance des récoltes. Mais cela exige de la part du gouvernement une énorme participation financière, surtout dans un pays comme le Bangladesh où les inondations et les typhons sont chose courante.

3. Le fait que les individus cotisent à l'assurance-maladie élimine le stigmate de la charité et leur fait prendre conscience de la valeur que représente la santé. C'est là une chose extrêmement importante, car cette prise de conscience est indispensable pour le développement et la mise en oeuvre des programmes de santé communautaires.

Le projet de Savar est un bon exemple des possibilités de soins préventifs et curatifs que des écoliers et des étudiants volontaires peuvent, dans leur village, offrir aux populations rurales. Il a ainsi été démontré qu'il était possible d'intégrer l'éducation des adultes et la formation professionnelle dans un projet visant à la fois à améliorer l'éducation sanitaire et à accroître le revenu par habitant.

4. Projet nutritionnel de Jurain

Le projet de Jurain ressemble sous bien des aspects à celui de Savar, avec cette différence qu'il repose sur l'auto-assistance locale et ne bénéficie d'aucune aide extérieure. Le projet a été conçu par le Président de l'Association des Diabétiques du Bangladesh, qui a compris qu'un projet nutritionnel était une bonne occasion d'étudier sur le terrain la situation socio-économique et sanitaire de la collectivité.

Annexe III

Lors d'une enquête nutritionnelle de base faite en 1954, on avait constaté que 50 % de la population était mal nourrie et que 75 % des enfants souffraient d'insuffisance protéino-calorique tout en présentant des manifestations cliniques de carence en vitamines A et B. Aussi une étude pilote a-t-elle été entreprise en 1968 à Jurain, une banlieue de Dacca, pour trouver des moyens d'améliorer, essentiellement par l'auto-assistance, l'état nutritionnel de la population. On a développé l'éducation sanitaire et persuadé les habitants d'accroître leur consommation de légumes, de fruits, de poisson, de volailles, d'oeufs, de lait et de blé, en mettant en culture des terres arables en friche et en élevant de la volaille et des poissons à reproduction rapide.

Des données de base ont été recueillies au cours de la première année et un recensement a été organisé dans la zone de démonstration, qui regroupe quelque 900 habitations et 4000 personnes. On a noté l'état matrimonial, l'état nutritionnel, les habitudes alimentaires, le niveau d'instruction, la superficie des terres arables et l'effectif du cheptel. On a constaté que 80 à 90 % des habitants souffraient d'helminthiases (surtout ankylostomiase et ascaridiose).

Des habitations de type bungalow furent construites sur place et le programme suivant a été mis en oeuvre :

1) Création d'un centre agricole de démonstration des méthodes agricoles modernes. On y cultive des légumes et l'on y élève de la volaille et des vaches, sous le contrôle d'un expert agricole.

2) Création d'un centre féminin pour répondre aux besoins sociaux des femmes de la collectivité. Elles y apprennent à tricoter et à coudre, à fabriquer des objets artisanaux à partir de fibre de jute, et à faire la cuisine (démonstrations pratiques de préparation des aliments).

3) Installation d'un centre de santé destiné par priorité aux femmes et aux enfants. Il assure des consultations pré- et postnatales, et donne des conseils notamment sur les soins aux enfants et sur la planification familiale.

4) Création d'un centre pour jeunes, qui s'occupe également de l'éducation des adultes. Des cours spéciaux y sont organisés sur les pratiques agricoles modernes et l'on incite les jeunes à travailler la terre.

La troisième année, une enquête a montré que le nombre des foyers disposant de potagers était passé de 4 % à 84 %. Bon nombre d'entre eux élevaient également de la volaille et l'on faisait régulièrement vacciner la volaille et le bétail. Au total 46 mares et fossés avaient été peuplés de jeunes poissons.

De même, les habitudes alimentaires de la population ont connu une évolution positive et les légumes verts, que les gens ne consommaient jamais auparavant, font maintenant partie du régime alimentaire. La consommation d'aliments riches en protéines, tels que la viande, le poisson et les oeufs, a considérablement augmenté.

Les habitudes alimentaires des femmes enceintes et des enfants ont elles aussi évolué favorablement et les pratiques de sevrage se sont beaucoup améliorées. On a noté que toutes les femmes enceintes habitant dans la zone de démonstration se rendaient au centre de PMI au moins une fois au cours de leur grossesse - chose inhabituelle dans cette collectivité.

L'insalubrité de l'environnement étant à l'origine d'une forte incidence des maladies transmissibles comme la gastro-entérite, les dermatoses et les infections des voies respiratoires, le directeur du projet a fait construire des puits tubulaires et des latrines pour la collectivité. Les habitants ont été vaccinés contre la variole, le choléra et la fièvre typhoïde, et les enfants l'ont été contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

On n'a signalé aucune flambée de choléra ni de variole dans la région depuis trois ans.

Annexe III

Conclusion

Ce projet montre clairement que la qualité de la vie peut être améliorée par la collectivité elle-même : sur le plan de l'hygiène du milieu, grâce à des mesures adéquates, sur le plan de la nutrition grâce à des pratiques agricoles plus efficaces, et sur le plan de l'action sociale et de la PMI grâce à des services pour les femmes jusque-là analphabètes et non productives. En outre, il a été démontré qu'il était possible de s'assurer l'appui de la collectivité pour la mise en oeuvre de mesures destinées à améliorer l'état de santé de la population.

ANNEXE IV

LES SOINS DE SANTE EN REPUBLIQUE POPULAIRE DE CHINE

Politique nationale

Au cours des 25 dernières années, la République populaire de Chine a procédé à une restructuration complète de la politique, de l'économie et des services - y compris, bien entendu, les services de santé - du pays le plus peuplé du monde. Elle s'est efforcée d'introduire des changements radicaux et rapides dans un pays qui, voici peu de temps encore, était ravagé par la famine et les maladies transmissibles et ne possédait que très peu de personnel et d'installations de médecine "scientifique" moderne, ces moyens se trouvant surtout dans les zones urbaines. Les principes appliqués après la révolution, que les Chinois appellent la Libération, sont notamment les suivants :

1. Redistribution des ressources, autrefois monopolisées par une petite élite, à la masse de la population qui a conservé de nombreuses valeurs culturelles et nationales de base.

2. Développement des services, y compris les services médicaux, axés sur les groupes qui étaient les plus défavorisés - selon l'expression chinoise, "les ouvriers, les paysans et les soldats". L'interrogation "pour qui ?" a été capitale dans cette entreprise et les questions "qui est desservi" et "à quelles fins" font l'objet d'un réexamen constant.

3. Accent mis, en particulier depuis le début de la grande Révolution culturelle prolétarienne en 1966, sur les zones rurales où vivent 70 à 85 % des Chinois.

4. Encouragement du développement des services basé sur le recours aux ressources de la collectivité et sur la participation de tous ses membres plutôt que sur l'intervention d'autorités supérieures et l'utilisation de personnel hautement qualifié. Cette décentralisation et l'emploi de personnel n'ayant reçu qu'une très brève formation s'inscrivent toutefois dans un système hautement organisé et discipliné.

5. Reconnaissance de la valeur pour le peuple chinois, en particulier dans les zones rurales, de la médecine traditionnelle chinoise, d'où une politique favorisant activement l'intégration de la médecine traditionnelle et de ce que les Chinois appellent la "médecine occidentale".

6. Reconnaissance de l'importance primordiale de la médecine préventive, appliquée dans des campagnes de masse et en association avec la médecine curative occidentale et traditionnelle.

7. Inculcation de nouvelles attitudes sociales aux personnels sanitaires professionnels et réduction de la distance sociale séparant les agents de la santé de ceux qu'ils servent. Possibilités pour les agents de tous niveaux d'accéder à un niveau supérieur par la formation et l'expérience.

8. Promotion du dévouement à la collectivité et à la nation comme force motrice de ces efforts; croyance en l'aptitude de l'homme à changer et à s'améliorer, s'il peut bénéficier d'un environnement et d'une éducation appropriés; et respect d'une éthique pour laquelle le plus grand bien, auquel tous doivent aspirer, est de "servir le peuple" et non de réussir personnellement.

Développement des services de santé

Des efforts de planification à l'échelon national avaient été faits dans les années 1930 et 1940 par une administration sanitaire nationale spécialement créée, mais le Gouvernement d'alors ne voulait pas, ou ne pouvait pas, mettre sur pied des services pour l'ensemble de la

Annexe IV

population. Souvent, les programmes entrepris n'étaient guère appropriés et ne pouvaient satisfaire qu'une infime partie des besoins des collectivités.

Par contre, dans les zones "libérées", d'abord dans la province du Kiang-si vers la fin des années 1920 et le début des années 1930 et, après la Longue Marche, à Yen-ngan et aux environs dans la province du Chen-si vers la fin des années 1930 et 1940, le développement des services de santé a eu la priorité et s'est fait bien différemment. Le principe de base sur lequel il s'est appuyé était que la population devait elle-même participer à cette action et façonner ses propres services grâce à un processus de discussion, de mise en question, de critique et d'autocritique. Les autorités centrales donnaient des directives générales, les services de conseillers étaient disponibles et quelques ressources étaient fournies aux collectivités par l'armée, mais c'était à chaque collectivité de prendre ses propres décisions et de les exécuter par ses propres moyens financiers et humains.

Après la Libération, en 1949, un Congrès national de la Santé réuni à Pékin a recommandé que l'action sanitaire respecte les quatre principes suivants :

"i) servir les ouvriers, les paysans et les soldats; ii) donner la priorité à la prévention; iii) unir les praticiens de la médecine traditionnelle et de la médecine occidentale; et iv) intégrer l'action de santé publique dans les activités des mouvements de masse".

Le Ministère chinois de la Santé a alors calqué son organisation et ses stratégies sur celles du Ministère soviétique de la Santé. Ainsi, le premier plan quinquennal (1953-1957) stipulait que :

"Dans le développement des services médico-sanitaires, la priorité doit être donnée aux zones industrielles, aux zones où la création d'équipements de production est en cours et aux zones forestières; les travaux d'assainissement devront progressivement s'intensifier dans les zones rurales."[1]

Il apparaît donc qu'au début l'accent a été mis sur le développement des services dans les zones industrielles urbaines.

En ce qui concerne les personnels, la politique suivie s'est inspirée aussi des modèles soviétiques. On a considérablement développé l'enseignement médical supérieur et adopté un programme d'études de six ans avec quatre grandes branches : médecine curative pour adultes, pédiatrie, santé publique et génie sanitaire. De 1949 à 1965, l'effectif des médecins est passé d'environ 20 000 (1:25 000) à 150 000 (1:5000). De nombreux agents de niveau intermédiaire ont également été formés : 170 000 assistants médicaux (sur le modèle des feldshers soviétiques), 185 000 infirmières, 40 000 sages-femmes et 100 000 pharmaciens auxiliaires.[2] Ce développement extraordinairement rapide des personnels de santé a entraîné de grandes améliorations dans la distribution des soins, mais ces agents étaient encore trop peu nombreux et trop concentrés dans les villes pour répondre pleinement aux besoins de la société.

D'autre part, le nombre des lits d'hôpitaux est passé d'environ 90 000 (1:6000) en 1949 à quelque 700 000 (1:1000) en 1965.[3] Selon une déclaration faite alors par un représentant du Ministère de la Santé, chacune des 2000 circonscriptions de la Chine possédait au moins un hôpital en 1965.[4] D'autres "centres d'excellence" ont été construits d'après le modèle "classique", ces centres étant conçus comme des réserves de connaissances et de personnels rayonnant vers les zones défavorisées. Toutefois, les centres étaient trop modestes et trop peu nombreux pour satisfaire les besoins et avec un lit pour 1000 habitants, on était encore bien loin du chiffre estimé nécessaire.

Le Gouvernement a aussi encouragé des entreprises moins classiques, faisant appel à la participation des masses. Les campagnes sanitaires patriotiques ont permis d'améliorer l'assainissement et d'éliminer en grande partie des fléaux comme les mouches et les moustiques. L'opiomanie a disparu et les maladies vénériennes ont été pratiquement éliminées grâce à des campagnes menées par des agents locaux ayant reçu une formation de brève durée et dont l'action était soutenue par la collectivité. D'innombrables personnes ont participé aux campagnes contre la schistosomiase et d'autres maladies parasitaires. Grâce à des équipes de santé mobiles, certaines activités de prévention ont pu être menées dans les zones isolées. Des expériences de portée limitée ont été faites, en particulier au moment du "Grand Bond en Avant", en 1957-1959, en vue de favoriser le développement local des services médicaux, la mise sur pied d'équipes mobiles de soins et la formation des agents appelés plus tard "médecins aux pieds nus".

Malgré le développement remarquable du personnel professionnel et des installations, malgré les efforts de masse et les résultats manifestes tels que la réduction de l'incidence des maladies transmissibles et la baisse des taux de mortalité infantile, le Ministère de la Santé a fait l'objet de critiques sévères vers le milieu des années 1960 :

- Bien que l'on ait reconnu que les zones rurales devaient bénéficier d'une plus large proportion des ressources et que quelques progrès aient été faits en ce sens, les services de santé urbains continuaient à recevoir la plus grosse part des maigres ressources disponibles. Etant donné que les zones rurales groupaient 80 % de la population, l'injustice était criante.

- Bien que l'on ait reconnu l'importance de la médecine préventive et que certain nombre de programmes de prévention aient donné des résultats remarquables, la médecine curative continuait à bénéficier d'une plus grande attention, qu'il s'agisse de la recherche, de l'enseignement ou de la prestation de services.

- Bien que l'on ait reconnu la nécessité d'intégrer la médecine traditionnelle chinoise et la médecine occidentale et que quelques progrès aient été faits en ce sens, la médecine traditionnelle continuait à être moins bien partagée et moins bien considérée que la médecine "scientifique".

- Bien que l'on ait reconnu la nécessité de modifier les techniques empruntées à d'autres pays pour les adapter aux conditions particulières à la Chine au lieu de les calquer aveuglément, les réformes apportées à l'enseignement médical, à l'action de santé publique et à l'administration des services médicaux de 1949 au début des années 1960 avaient été le plus souvent directement copiées sur des modèles soviétiques.

- Bien que l'on ait reconnu la nécessité d'une direction collective et admis qu'il valait mieux recourir à l'éducation et à la persuasion qu'à l'autorité pour faire appliquer les politiques, une structure administrative hiérarchique s'était développée et les personnes placées au sommet de cette structure passaient pour faire assez peu de cas des critiques et des suggestions venues des échelons inférieurs.

- Bien que l'on ait reconnu la nécessité d'assurer rapidement à tous les habitants le bénéfice de ressources médicales limitées, il y avait une tendance croissante à se préoccuper davantage d'"élever les niveaux" que d'étendre les services existants. Par exemple, le nombre des agents sanitaires du type "médecins aux pieds nus" ayant reçu une formation spéciale et exerçant près de Changhaï aurait été réduit au début des années 1960 au nom de la "qualité".

- Enfin, et c'est peut-être ce qui avait le plus d'importance aux yeux des dirigeants chinois, bien que l'on ait reconnu que les administrateurs des services devaient rester en contact avec les bénéficiaires et qu'il fallait renoncer à accorder comme jusqu'alors plus de valeur au travail intellectuel qu'au travail manuel, ces principes du Président Mao étaient apparemment plus souvent violés qu'appliqués.

Annexe IV

En juin 1965, au cours d'une de ces interventions qui devaient plus tard être considérées comme ayant annoncé la Révolution culturelle, le Président Mao a reproché au Ministère de la Santé d'avoir négligé les zones rurales, d'avoir institué un programme d'études médicales de six ans, d'avoir donné une trop grande place à la théorie dans la formation des médecins et, enfin, de n'avoir pas assez accordé d'attention à la prévention et au traitement des "maladies courantes" dans la recherche. Il a lancé le mot d'ordre suivant, largement cité en Chine : "Dans l'action médicale et sanitaire, mettez l'accent sur les zones rurales". En application de cette directive et à la suite de la Révolution culturelle, bon nombre des méthodes classiques ont été abandonnées, au moins temporairement. Le Ministère de la Santé a été remanié et sa structure, ses activités et ses objectifs ont été soumis au processus de critique et de transformation dont de nombreuses institutions ont fait l'objet au cours de la Révolution culturelle. Les écoles de médecine ont abandonné l'enseignement supérieur et l'enseignement intermédiaire qui n'ont été réintroduits qu'en 1971, et ce sous une forme modifiée et abrégée. La publication de revues médicales et de recherche a été interrompue pour ne reprendre qu'en 1973.

Des efforts énergiques ont été déployés pour étendre la portée des services médicaux. Il existait déjà un petit nombre d'équipes sanitaires mobiles qui se déplaçaient dans les zones rurales éloignées pour y assurer des services, mais au cours de la Révolution culturelle leur nombre a augmenté considérablement, de même que l'importance des zones intéressées et des tâches accomplies. Tous les agents de la santé travaillant dans les villes ont dû aller par roulement exercer un certain temps dans les zones rurales - si bien qu'à tout moment un tiers d'entre eux se trouvaient en dehors des villes - et certains ont même été réaffectés de façon permanente dans des zones rurales. Un million de médecins aux pieds nus et trois millions d'aides sanitaires ruraux ont été formés. On a créé et développé des "systèmes coopératifs de soins médicaux" dans les zones rurales et urbaines. En 1974, bien que les études de médecine aient été rétablies et que la publication de revues médicales ait repris, il subsistait une décentralisation et une "déprofessionnalisation" résultant directement de la Révolution culturelle.

Les soins médicaux dans les zones rurales

La Chine s'étend sur 9 598 281 km^2, soit un territoire à peu près de la même taille que celui du Canada ou des Etats-Unis (y compris l'Alaska) et un peu plus grand que celui du Brésil. Le chiffre exact de la population n'est pas connu, mais celle-ci est estimée à environ 800 millions, ce qui fait de la Chine le pays de loin le plus peuplé du monde. De 80 à 85 % des habitants vivent dans des zones rurales, mais la population est inégalement répartie : la vaste majorité se trouve en Chine orientale, tandis que la Chine occidentale est très peu peuplée.

Avant 1949, la plupart des terres appartenaient à un nombre relativement restreint de propriétaires terriens. On estimait en 1937 que près des deux tiers des cultivateurs chinois travaillaient sur des terres qui ne leur appartenaient pas et devaient payer des fermages élevés. Ces paysans misérables, qui cultivaient souvent des terres dont les propriétaires étaient absents et se souciaient peu des conditions dans lesquelles vivaient leurs fermiers, ne recevaient ni une rémunération adéquate pour leur travail, ni même une part suffisante des denrées alimentaires qu'ils produisaient.[6] Les sécheresses et les inondations cycliques aggravaient la misère et l'insécurité de la population, car même ceux qui possédaient leur propre lopin de terre pouvaient voir leur existence menacée par quelques mauvaises récoltes.

Cela explique que dans chaque zone libérée, une des premières tâches qu'entreprirent les paysans fut de distribuer les terres à ceux qui les travaillaient et qui y vivaient.[7] Au cours de la période qui suivit la Libération, les terres et les outils agricoles primitifs dont disposaient les paysans devinrent donc la propriété de ceux-ci.

Annexe IV

Au cours des années 1950, le régime de la propriété collective se répandit de plus en plus avec la constitution de coopératives. A la fin de cette période, dans le cadre du Grand Bond en Avant, une bonne partie des terres agricoles avaient été organisées en communes où les terres et les outils agricoles étaient propriété de la collectivité, chaque paysan disposant toutefois d'un petit lopin de terre pour y cultiver des légumes pour lui-même et sa famille. Les communes étaient souvent assez vastes pour inclure tous les ménages d'un village, dont l'administration était alors combinée avec la gestion de la commune. Alors que les coopératives étaient des organisations purement économiques, les communes devinrent les unités d'une organisation à la fois politique et économique. Les assemblées représentatives de leurs membres jouent également le rôle de "congrès du peuple" du village. Aujourd'hui les communes sont des unités politiques officielles autonomes, dotées chacune de son administration interne, qui fait généralement rapport directement à l'administration de la circonscription. Il y aurait actuellement en Chine 27 000 communes de toutes tailles, les plus grandes comptant jusqu'à 60 000 habitants.

La plus petite subdivision de la commune est l'équipe de production, qui groupe 100 à 200 personnes. La direction de l'équipe est responsable de l'organisation du travail au jour le jour. Les membres d'une équipe de production vivent dans la même localité, en général un petit village, et constituent l'unité sociale de base à la campagne. Plusieurs équipes, de 10 à 20, forment une brigade de production, qui a généralement de plus grandes responsabilités que l'équipe sur le plan de la santé et des transports et, dans le nord, s'occupe de la mouture et de l'entreposage des céréales; la brigade est aussi devenue l'unité économique de base pour la distribution du revenu entre les paysans. Une commune typique se compose de 10 à 30 brigades de production. La commune représente l'échelon administratif officiel le plus bas dans les zones rurales; elle est l'équivalent du "quartier" dans les villes. Elle a la responsabilité de la planification d'ensemble des activités, des services éducatifs, sanitaires et sociaux, et de l'exploitation de petites entreprises qui produisent des articles destinés à ses membres ainsi qu'à la distribution externe.

L'organisation des services de santé à chaque échelon est indiquée dans le tableau 1 et décrite ci-dessous.

Au niveau de l'équipe de production, les soins sont assurés par des médecins aux pieds nus (voir la section relative aux personnels de santé pour des renseignements sur les conditions de recrutement et de formation) et, dans certaines zones, par des aides sanitaires volontaires à temps partiel qui mènent des activités d'assainissement sous la direction des médecins aux pieds nus. Ceux-ci s'occupent des soins médicaux, de l'éducation sanitaire, de la prévention et du traitement de maladies mineures dans des stations sanitaires rudimentairement équipées situées à proximité des habitations des paysans. Ils peuvent aussi assurer des soins dans les champs où ils emportent leur trousse médicale en allant participer aux travaux agricoles. Le rôle essentiel des aides sanitaires est de faire l'éducation des paysans sur le plan de l'assainissement ainsi que de recueillir les excreta qui, après avoir séjourné pendant dix jours dans des fosses en ciment, seront utilisés comme engrais. Ils s'acquittent de cette tâche, pour laquelle ils ne sont pas payés, au cours de leur heure de déjeuner ou après leur journée de travail.

Les services de santé à l'échelon de la brigade varient beaucoup d'une commune à l'autre. A cet échelon intermédiaire, des soins sont également assurés par des médecins aux pieds nus qui disposent de stations sanitaires mieux équipées : une table d'examen, un bureau et quelques chaises, une armoire à médicaments contenant à la fois des médicaments traditionnels et des médicaments occidentaux, et enfin un tableau d'acupuncture pendu au mur. Les activités comprennent les vaccinations, l'éducation sanitaire et le traitement de maladies mineures. Des sages-femmes sont également attachées à ces stations de brigade; elles s'occupent des accouchements normaux au domicile de la mère et de la contraception.

Nombre de grandes communes possèdent leur propre hôpital qui accueille les malades envoyés par les stations sanitaires de brigade. Dans les dix circonscriptions que compte la municipalité de Changhaï, par exemple, il y a 212 hôpitaux de commune (au moins un pour chaque commune), comptant chacun 30 lits en moyenne.

Annexe IV

Chaque circonscription a un hôpital général, situé dans la ville principale, qui accueille les malades des alentours ainsi que les malades envoyés par les hôpitaux de commune. L'hôpital de la circonscription de Shunyi, qui fait partie de la municipalité de Pékin, au nord-est de la ville, dispose d'un personnel de 104 hommes et 114 femmes pour s'occuper des services ambulatoires et hospitaliers destinés aux 450 000 membres des 19 communes de la circonscription. Sur ces agents, 143 sont des travailleurs médicaux : 48 médecins (dont probablement des assistants médicaux), 63 infirmières et 32 pharmaciens et techniciens. En outre, sept hôpitaux de commune et 12 dispensaires de commune assurent des soins médicaux dans la circonscription. La population de la circonscription de Shunyi est donc desservie au total par 676 agents médicaux (non compris les médecins aux pieds nus et les aides sanitaires) : 312 médecins, 65 infirmières et 299 pharmaciens et techniciens.

Les soins médicaux dans les villes

Si 80 % des Chinois vivent dans des zones rurales, les 20 % restants, soit près de 150 millions de personnes, vivent dans des villes, ce qui donne à la Chine une des plus fortes populations urbaines du monde. Les villes de Chine sont très densément peuplées. La plus grande, Changhaï, compte environ six millions d'habitants dans les 140 km^2 de la ville proprement dite, auxquels il faut ajouter cinq millions de personnes vivant dans la zone rurale environnante pour avoir le nombre total d'habitants de la municipalité de Changhaï.[8] La ville proprement dite a donc une densité de population supérieure à 40 000 habitants par km^2, soit environ deux fois celle de Manhattan et dix fois celle de Singapour (2,2 millions d'habitants pour 581 km^2).

Depuis la Révolution culturelle, les villes sont administrées par des comités révolutionnaires qui sont des organes officiels du gouvernement. Dans chacune, les services de santé sont coordonnés par le bureau local de la santé publique, qui assume la responsabilité non seulement de presque tous les services et de presque tout le personnel de santé de la ville mais aussi des établissements formant les personnels autres que les médecins. L'organisation des services de santé diffère quelque peu d'une ville à l'autre, de sorte qu'il est difficile de donner davantage d'indications générales.

Trois villes et les zones rurales environnantes ont été enlevées à la juridiction de la province dans laquelle elles sont situées et placées directement sous l'autorité du gouvernement central en tant que municipalités indépendantes. La plus grande des trois est Changhaï (près de six millions d'habitants dans la ville proprement dite, plus trois millions dans les neuf circonscriptions suburbaines), suivie par Tien-tsin (quatre millions d'habitants) et Pékin.

Le rôle du Bureau de la Santé publique de Changhaï offre un exemple de la manière dont fonctionne actuellement une administration municipale de la santé publique et des rapports qu'elle a avec d'autres services de la collectivité. Ce bureau comprend six départements : 1) médecine curative, pharmacie, hygiène et santé publique (dont dépendent les hôpitaux, les services de santé maternelle et infantile, les écoles médicales de niveau intermédiaire, les services de médecine du travail, les services de lutte contre les maladies transmissibles, les pharmacies et les médecins aux pieds nus); 2) recherche médicale; 3) soins médicaux d'urgence; 4) administration; 5) finance; 6) personnel.

La Station municipale de Santé publique, gérée par le Département de la médecine curative, de la pharmacie, de l'hygiène et de la santé publique, emploie 300 à 400 personnes, dont la plupart sont affectées à des stations de district et de circonscription. Ce personnel s'occupe d'épidémiologie, d'assainissement, de santé scolaire et de nutrition. Il existe également une Station municipale de Médecine du Travail dotée de 200 lits. Dans chaque district il y a une station chargée tout particulièrement des vaccinations par le BCG contre la tuberculose et une station dentaire, souvent située dans l'enceinte de l'hôpital de district. Il existe des stations de santé mentale dans tous les districts ainsi que dans quelques circonscriptions. Le Bureau de la Santé publique tient des statistiques sur l'état de santé des habitants de Changhaï.

Annexe IV

L'organisation des services de santé dans les villes est indiquée schématiquement au tableau 2 et décrite en plus grand détail ci-dessous. Après la municipalité, dans la hiérarchie de l'organisation urbaine, vient le "district". Le district est également dirigé par un comité révolutionnaire. Hang-tchéou, ville de 700 000 habitants, est divisée en 4 districts, la ville de Pékin proprement dite en 9 districts, et la ville de Changhaï proprement dite en 10 districts. Les districts sont eux-mêmes subdivisés en "rues" ou "quartiers" qui représentent l'échelon administratif officiel le plus bas. Un quartier compte de 40 000 à 70 000 habitants.

Le quartier est administré par un comité composé de représentants des habitants, de cadres et, en nombre de plus en plus réduit depuis la fin de la Révolution culturelle, de membres de l'Armée de Libération populaire. Les responsabilités du comité comprennent l'administration des entreprises locales, des écoles primaires et des jardins d'enfants, de l'hôpital ou du centre de santé de quartier, des services de réparation et des services de logement, et l'organisation et la supervision des "comités de résidents" ou "allées".

La plus petite subdivision des zones urbaines est l'"allée" (ou "comité de résidents") comptant de 1000 à 8000 personnes. Certaines sont encore subdivisées en groupes - comprenant, par exemple, les habitants d'un grand immeuble locatif - à la tête desquels se trouvent un chef et un chef adjoint de groupe. L'allée est dirigée par un comité que la "masse" habitant l'allée choisit parmi ses propres membres. Ce comité est une organisation de masse plutôt qu'un organisme gouvernemental officiel et n'est donc pas en général composé de la même manière que les comités révolutionnaires; les gens plus âgés jouent un rôle clef dans l'organisation et l'administration de ces comités.[9]

Chacun des 9 districts de la ville de Pékin, pour donner un exemple, compte environ 400 000 habitants. Parmi les services assurés à l'échelon du district figurent les hôpitaux, les services d'assainissement, les écoles moyennes (équivalent approximatif de nos écoles secondaires) et des "stations de prévention" pour des maladies telles que la tuberculose et les troubles mentaux.

Chaque district comprend plusieurs "quartiers" d'environ 50 000 personnes. Le district occidental de Pékin est divisé en 9 quartiers, comme le quartier de Fengsheng qui compte 53 000 habitants. Dans la juridiction du quartier de Fengsheng se trouvent six entreprises, huit boutiques, dix écoles primaires, quatre jardins d'enfants et un hôpital de quartier.

Les habitants d'un quartier sont divisés en 25 comités de résidents, dont chacun groupe environ 2000 personnes. Ces comités assurent généralement le fonctionnement d'une station sanitaire ainsi que d'autres services sociaux. Dans chaque comité sont organisés des "groupes" de 50 à 150 retraités et "ménagères" (les ouvriers appartiennent aussi à des groupes, mais sur leur lieu de travail) qui sont dirigés par un chef et un chef adjoint de groupe et s'acquittent d'un certain nombre d'activités sociales.

La station sanitaire du comité de résidents est située à proximité des logements des résidents; elle s'occupe essentiellement de prévention, d'éducation sanitaire, de planification familiale et de traitement de maladies mineures. Le personnel de santé à l'échelon du comité de résidents est constitué par des ménagères locales qu'on appelle les "travailleuses médicales rouges".

Dans les entreprises, ce sont soit des médecins ouvriers, soit des médecins pleinement qualifiés, qui assurent des prestations médicales. La plupart des usines ont une infirmerie centrale, ainsi que des stations sanitaires dans chaque atelier; souvent, l'infirmerie dispose de lits pour une hospitalisation de courte durée.

Les stations sanitaires des comités de résidents et des entreprises ont pour point d'appui l'hôpital de quartier (qu'il serait préférable d'appeler "dispensaire" car le plus souvent il n'est pas équipé de lits). Les hôpitaux de quartier comptent généralement parmi leur personnel des médecins pleinement qualifiés à la fois en médecine traditionnelle et en médecine occidentale et des agents médicaux de niveau intermédiaire (infirmières, techniciens et assistants

médicaux). Les stations sanitaires locales leur envoient des malades et eux-mêmes en envoient dans les hôpitaux de district et les hôpitaux spécialisés. L'hôpital de quartier de Fengsheng, par exemple, occupe deux vastes cours et compte sept départements : médecine, chirurgie, acupuncture, ostéopathie traditionnelle, gynécologie, odontologie et tuberculose; ainsi que quatre services auxiliaires : pharmacie (médicaments traditionnels chinois et médicaments occidentaux), laboratoire, radiologie et injections. Le département de santé publique desservant le quartier se trouve à l'hôpital même; les malades devant être hospitalisés sont envoyés à l'Hôpital du Peuple (hôpital central du district occidental) situé à quelques rues de Fengsheng.

L'hôpital de quartier est doté d'un équipement modeste et primitif qui suffit toutefois pour le type de prestations à assurer à cet échelon. Des analyses de laboratoire simples et des radiographies peuvent y être faites. En outre l'hôpital joue le rôle de centre pour l'action de santé publique dans le quartier.

On trouve dans les villes chinoises des hôpitaux de toutes sortes, depuis ces petits hôpitaux de quartier jusqu'aux hôpitaux de recherche et d'enseignement à l'équipement extrêmement perfectionné. Pékin possède par exemple 4 hôpitaux spécialisés orientés vers la recherche qui relèvent de l'Académie des Sciences médicales; 23 hôpitaux municipaux, dont 10 de plus de 500 lits, dépendant du Bureau de la Santé publique de Pékin, et 20 hôpitaux de district.

Le principe de l'apprentissage par l'action énoncé par Mao Tsé-toung dans son essai sur la Pratique est appliqué dans toutes les activités de la vie chinoise. Un paysan apprend à connaître la difficulté du choix des priorités agricoles en participant à la prise de décisions. Le médecin urbain apprend à connaître la vie des paysans en allant exercer pendant un certain temps à la campagne et en travaillant avec les paysans. L'enfant apprend ce que c'est que d'être un paysan ou un ouvrier en cultivant des légumes ou en faisant certains travaux dans une entreprise. Et, dans cette optique, le meilleur moyen d'apprendre à 800 millions de personnes les principes de la prévention et de l'action médico-sanitaire est de les faire participer à l'une et à l'autre.

C'est essentiellement grâce à la mobilisation des masses que les Chinois ont pu accomplir leurs tours de force dans le domaine du génie civil : construction de canaux, de ponts, de vastes réseaux d'irrigation et de barrages sur les fleuves. La mobilisation des masses a également été l'élément clef qui leur a permis d'accomplir des tours de force dans le domaine des services humains. En ce qui concerne l'action sanitaire, cela s'est traduit par la très grande participation des Chinois de tous les niveaux de la société à des mouvements tels que la Campagne sanitaire patriotique, par le recrutement de groupes spéciaux de personnes telles que les médecins aux pieds nus dans la population même qu'ils doivent desservir, et par la mobilisation de l'individu pour la "lutte contre ses propres maladies". Cette responsabilité individuelle reflète la foi que les Chinois ont dans le tzu-li keng-sheng ou effort personnel, plus exactement traduit par "la régénération par ses propres efforts" - vertu aussi honorée aujourd'hui que sa réciproque, l'aide mutuelle.

Au début des années 1950, la Campagne sanitaire patriotique a été lancée en application du quatrième des grands principes de l'action sanitaire : "l'action sanitaire doit être combinée avec les mouvements de masse". Le but initial était l'élimination des moustiques, des mouches, des rats et des moineaux (les punaises étant bientôt inscrites à la place des moineaux dans la liste des quatre fléaux à combattre) et la population fut mobilisée pour exterminer ces "parasites" sous la direction de personnel sanitaire. La Campagne sanitaire patriotique se poursuit mais elle a été étendue à la protection sanitaire des aliments, de l'eau et de l'environnement.

La propagande sanitaire joue un rôle capital pour la mobilisation de la collectivité en vue de la solution des problèmes de santé. On s'efforce de faire prendre conscience à la population de l'importance des vaccinations et de la lutte contre les maladies infectieuses et de la nécessité de la planification des naissances.

Un exemple classique de l'efficacité de l'organisation des masses dans l'action sanitaire est fourni par la campagne contre la schistosomiase. Selon J. S. Horn, cette campagne a été basée sur le principe de la "ligne de masse" - "sur la conviction que les gens ordinaires possèdent une grande force et une grande sagesse et qu'ils sont capables d'accomplir des miracles lorsqu'on laisse libre cours à leur initiative". On commença par faire bien connaître aux paysans la nature de la schistosomiase au moyen de conférences, de films, d'affiches et d'émissions radiophoniques.[11] Ensuite, on les mobilisa deux fois par an, en mars et en août, pour aller avec des volontaires (membres de l'Armée de libération populaire, étudiants, enseignants et employés de bureau) assécher des rivières et des fossés et couvrir de terre battue les rives des cours d'eaux. Horn souligne qu'il ne s'agissait pas seulement de recruter des gens pour accomplir les travaux nécessaires, mais encore et surtout de les inciter à mener eux-mêmes avec enthousiasme et esprit d'initiative le combat contre la maladie.[12]

L'élimination des maladies vénériennes en Chine offre un autre exemple de la mobilisation et de l'éducation de la population et de l'emploi de personnel de santé local. Au début des années 1950, des listes de symptômes furent affichées dans toutes les boutiques et dans tous les centres communautaires sur l'ensemble du territoire. Toutes les personnes présentant l'un des symptômes indiqués étaient invitées à aller subir un examen sanguin et à se faire soigner. Le quartier devait faire pression sur ceux qui ne tiendraient pas compte des symptômes ou dont on saurait qu'ils étaient de moeurs relâchées. Dans les quartiers où les maladies vénériennes sévissaient, des personnes du voisinage ayant reçu une formation spéciale allaient de maison en maison procéder à des examens et à des tests hématologiques. On rechercha les prostituées et on leur trouva d'autres moyens de gagner leur vie, en installant, s'il le fallait, du matériel, par exemple des machines à coudre, dans les maisons de prostitution qui se trouvaient ainsi transformées en ateliers. La prostitution fut interdite. Les comités de quartiers avaient - et continuent à avoir - tout pouvoir pour éliminer la prostitution et la licence sexuelle.[13]

Dans le domaine de la santé comme dans d'autres domaines, le socialisme chinois veut qu'il n'y ait pas d'observateurs passifs. Chacun doit participer pleinement aux activités de santé publique, à l'organisation des soins médicaux et à la conduite de tous les aspects de sa vie personnelle, y compris en ce qui concerne sa propre santé. La Chine préconise la participation collective et individuelle et la responsabilité collective et individuelle. Selon une étude récente,[15] le rôle de la population est envisagé de la manière suivante :

> "Pour parvenir à la connaissance, il faut éveiller les individus de leur demi-sommeil, les encourager à se mobiliser et à prendre consciemment les mesures qui leur permettront de s'élever et de se libérer. Lorsqu'ils participeront activement à la prise de décisions, lorsqu'ils s'intéresseront aux affaires de l'Etat, lorsqu'ils oseront faire de nouvelles choses, lorsqu'ils seront capables de bien présenter les faits et de réfléchir, lorsqu'ils critiqueront et procéderont à des essais de manière scientifique, ayant écarté mythes et superstitions, lorsqu'ils seront éveillés et intéressés, alors l'initiative socialiste latente dans les masses éclatera avec une force volcanique."

Personnels de santé

Il n'existe pas de gradation nette d'un niveau à l'autre des personnels de santé en Chine. Les affectations à tel ou tel emploi se basent davantage sur les aptitudes démontrées que sur la possession d'un diplôme ou autre titre particulier ou même que sur les études ou l'expérience antérieures. On peut toutefois diviser les personnels de santé en quelques grandes catégories :

Agents à plein temps

Agents médicaux supérieurs :

Médecins pratiquant la médecine occidentale

Annexe IV

Stomatologistes

Pharmacologistes

Médecins pratiquant la médecine chinoise

Agents médicaux de niveau intermédiaire :

Assistants médicaux

Infirmières

Sages-femmes

Pharmaciens

Techniciens

Agents à temps partiel

Médecins aux pieds nus

Médecins ouvriers

Travailleurs médicaux rouges

Agents travaillant pendant leurs heures de loisirs

Aides sanitaires

La formation des praticiens de médecine occidentale a subi de profonds changements ces dernières années. Les jeunes Chinois quittent souvent l'école après avoir terminé le premier cycle d'études secondaires, vers 16 ans. Ils s'en vont alors pendant deux ans, et plus souvent trois ans, travailler dans une commune ou dans une usine. A la fin de cette période, ceux qui sont choisis par leurs compagnons de travail pour faire des études supérieures sont admis dans des universités, des écoles professionnelles ou des écoles techniques. Le choix se fait en fonction non seulement des aptitudes intellectuelles des intéressés, mais encore des attitudes qu'ils ont manifestées et des principes selon lesquels ils ont organisé leur vie et leur travail. On considère actuellement qu'il dépend davantage de l'attitude "politique" d'un sujet et de son "attitude envers le peuple" que de ses performances intellectuelles, qu'il devienne un bon professionnel, médecin ou autre. Depuis 1971, les écoles de médecine admettent aussi des diplômés du deuxième cycle d'études secondaires.

A la suite de la Révolution culturelle, les programmes d'études ont été en général raccourcis et ont fait une part beaucoup plus grande à la formation pratique. Ils comprennent aussi des périodes de travail sur le terrain. Ainsi, celui qui étudie la physique doit passer quelque temps dans des usines pour y apprendre la contribution que la physique peut apporter à la production et celui qui étudie la biologie va dans les communes apprendre en quoi la biologie peut être utile à l'agriculture.

Les programmes d'études adoptés après la Révolution culturelle sont censés éliminer "tout ce qui est superflu et sans rapport avec le sujet étudié", en combinant la théorie et la pratique et en appliquant le principe dit du "triple enseignement" : les enseignants enseignent aux étudiants; les étudiants enseignent aux enseignants et les étudiants enseignent aux étudiants. De nouvelles méthodes d'enseignement sont mises à l'essai. A la différence de ce qui se passait autrefois, les étudiants sont encouragés à faire preuve d'un esprit plus critique et à participer davantage au processus éducationnel.

Depuis la Révolution culturelle, toutes les écoles de médecine accordent une grande importance à l'enseignement de la médecine traditionnelle. Dans certaines villes, comme Nankin, l'ancien Collège médical chinois (traditionnel) et l'Ecole de Médecine occidentale ont fusionné. Dans d'autres villes, comme Canton et Pékin, il existe des arrangements informels entre les écoles de médecine traditionnelle et de médecine occidentale. Dans ces villes, des diplômés des écoles de médecine occidentale peuvent poursuivre leurs études dans les collèges traditionnels.

Les agents médicaux de niveau intermédiaire sont formés dans des écoles de niveau correspondant. Avant la Révolution culturelle, la période de formation était d'environ trois ans. Depuis, il semblerait que l'on n'ait pas recommencé à former des assistants médicaux. La formation d'infirmières et d'autres personnels de niveau intermédiaire a repris ces trois dernières années; sa durée a été raccourcie et n'est plus que de deux ans environ. Comme tous les agents médicaux en Chine, le personnel de ce niveau reçoit une formation à la fois de type occidental et de type traditionnel chinois.

Les agents sanitaires à temps partiel - médecins aux pieds nus, médecins ouvriers et travailleurs médicaux rouges - ne sont pas considérés comme étant avant tout des travailleurs sanitaires; ils sont comptés dans les statistiques chinoises - et apparemment c'est ainsi qu'ils se considèrent - comme travailleurs agricoles (médecins aux pieds nus), ouvriers (médecins ouvriers) ou ménagères ou retraités (travailleurs médicaux rouges). Ces agents sanitaires à temps partiel 1) restent membres du groupe dont ils s'occupent, et 2) font partie d'un système hautement structuré qui - tout en présentant des variations d'un lieu à un autre - semble généralement assurer une supervision adéquate, laisser le personnel assumer lui-même pleinement ses responsabilités, et permettre d'envoyer dans les établissements appropriés les personnes qui ont besoin de soins plus poussés.

Si bon nombre des tâches confiées aux agents à temps partiel varient d'un lieu à un autre, il en est de même pour la formation qui leur est donnée. En ce qui concerne le médecin aux pieds nus, le type de formation le plus courant semble être le stage de trois mois, soit à l'hôpital de la circonscription, soit à l'hôpital de la commune, faisant une part à peu près égale à la formation théorique et à la formation pratique. Ce stage de trois mois est suivi par une période de formation contrôlée en cours d'emploi d'une durée variable. Il semble qu'actuellement, en Chine, pour presque tous les emplois soit appliqué le principe de la formation continue, soit en cours d'emploi, soit au moyen de stages de brève durée, qui permet le perfectionnement des compétences.

Les médecins aux pieds nus et autres agents sanitaires sont, en fait, admis en priorité dans les écoles de médecine, car ce sont souvent eux que leurs compagnons de travail choisissent comme étant les plus aptes à faire de telles études.

On trouvera de plus amples détails sur tous ces aspects de la formation et de l'utilisation des personnels et sur l'organisation des services de santé, ainsi que sur la planification familiale, dans le rapport complet préparé sur les services de santé de la République populaire de Chine et dans d'autres publications.[16]

Conclusions

Ayant à faire face à d'énormes problèmes et disposant de ressources extrêmement limitées, la République populaire de Chine a, en 25 ans, réussi à créer une société - et dans cette société un système de santé - qui a pris des mesures énergiques pour répondre aux besoins fondamentaux du peuple. Certes, les régions très peu peuplées sont moins bien couvertes que les zones de forte densité - comme c'est le cas dans tous les pays du monde - mais la Chine a fait de grands efforts pour que ses ressources encore restreintes soient réparties aussi équitablement que possible. Cette entreprise s'inscrit, toutefois, dans un contexte d'initiatives locales et d'efforts personnels. Les communes, qui constituent les unités de base économiques et politiques des zones rurales, ont la charge d'assurer des prestations médico-

sanitaires à leurs membres. A cette fin, elles bénéficient de l'aide d'équipes médicales mobiles et d'agents sanitaires détachés des villes, ainsi que de l'appui de certains établissements d'enseignement desservant la circonscription ou la province dont elles dépendent, mais elles doivent surtout compter sur leurs propres ressources. La couverture des services n'est pas encore partout la même, car les ressources des communes ne sont pas toujours égales, mais on peut dire que les populations sont beaucoup plus équitablement desservies que dans le passé.

On ne dispose pas de chiffres précis concernant l'utilisation des services de santé, mais il semble qu'à la suite des grands efforts déployés pour unir la médecine traditionnelle et la médecine moderne, nombreux sont ceux qui dans les zones rurales cherchent à bénéficier des prestations du système combiné. Les efforts - apparemment couronnés d'un très grand succès - faits pour obtenir la participation de la population aux activités d'assainissement et autres activités sanitaires paraissent également encourager l'utilisation rationnelle des services thérapeutiques.

Le coût des services de santé en Chine semble très bas, mais là encore on ne dispose pas de chiffres précis. Ce faible coût s'explique par l'action combinée de plusieurs facteurs : recours aux moyens locaux bon marché, utilisation de techniques et de médicaments traditionnels, rémunération relativement modeste des agents sanitaires et système d'encouragement fondé davantage sur la motivation sociale que sur les stimulants économiques. Le malade doit toujours payer pour les services qui lui sont rendus, mais le tarif est assez peu élevé pour ne pas constituer un obstacle. La plus grande partie du coût des services de santé est couverte par les prépaiements réguliers des familles ou par les contributions des usines ou des communes. Pour les services plus spécialisés, une forte proportion du coût est prise en charge par l'organisme public approprié.

Nous en venons à la question la plus difficile peut-être que soulève la présente étude : l'expérience de la Chine peut-elle s'appliquer à d'autres pays en voie de développement ? On dit souvent que les conditions sociales, économiques, politiques et culturelles de la Chine sont si différentes de celles d'autres pays qu'il n'y a guère d'éléments de l'expérience chinoise qui puissent être adoptés directement. C'est peut-être vrai - et les représentants de la Chine ont eux-mêmes souvent affirmé que chaque pays doit trouver des solutions à ses problèmes en tenant compte de ses propres conditions - mais il semble que l'expérience chinoise repose sur des principes de base qui peuvent être valables pour d'autres sociétés. Citons notamment l'accent mis sur l'effort personnel, sur la réduction de la durée de la formation et l'emploi à temps partiel dans un cadre structuré de personnel recruté et formé localement sur l'association de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne, et sur la médecine préventive. D'autres principes peut-être encore plus importants - mais plus difficiles à appliquer - sont les suivants : une modification fondamentale de l'organisation des services de santé peut demander une transformation fondamentale de la structure sociale; la répartition équitable des ressources doit être un but fondamental de la société; la possibilité de "servir" doit être une motivation primordiale dans le domaine sanitaire comme dans les autres domaines où des services sont rendus. De toute manière, il semble que la plus grande leçon que la Chine puisse donner est qu'il est possible pour une nation de passer, dans l'intervalle d'une génération, de l'état de société affamée, accablée par la maladie, analphabète, semi-féodale et gouvernée par un petit nombre à celui de société vigoureuse, saine, productive, fortement alphabétisée et à participation des masses. Si la Chine a pu le faire, d'autres nations le peuvent aussi.

Annexe IV

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. First Five Year Plan for Development of the National Economy of the People's Republic of China in 1953-1957, Foreign Language Press, Peking, 1956, 199-200 cité par Jeoffrey Gordon, "The Organization and Financing of Health Services in the People's Republic of China, 1972" dans China Medicine as We Saw It, éd. Joseph Quinn, Fogarty International Centre, Washington, D.C., 1974

2. Leo Orleans (1969) "Medical Education and Manpower in Communist China" dans Aspects of Chinese Education, éd. C. T. Hu, New York, Teachers College Press, Columbia University

3. Chen Wen-Chieh & Ha Hsien-wen, "Medical and Health Work in New China" (Texte non publié d'allocutions prononcées par deux médecins chinois lors d'un séjour au Canada en novembre 1971

4. Chang Tze-K'uan (1965) "The Development of Hospital Services in China" Chinese Medical Journal, 84, 412-16

5. Theodore Shabad (1972) China's Changing Map, New York, Praeger

6. James C. Thomson, jr. (1971) While China Faced West, Boston, Harvard University Press

7. William Hinton (1966) Fanshen, New York, Vintage Books

8. Steven H. Lamm & Victor W. Sidel "Analysis of Public Health Data for Shanghai, 1972" dans Victor W. Sidel & Ruth Sidel, Serve the People: Observations on Medicine in the People's Republic of China, Boston, Beacon Press, 1974

9. Ruth Sidel (1974) Families of Fengsheng: Urban Life in China, New York, Penguin Books

10. Mao Tse-tung (1966) "On Practise", Four Essays on Philosophy, Peking, Foreign Languages Press, p. 8

11. Joshua S. Horn (1971) Away with All Pests...An English Surgeon in People's China, New York Monthly Review Press, p. 126

12. Ibid., p. 96

13. Edgar Snow (1970) Red China Today, New York, Vintage Books, pp. 261-69

14. George Hatem (1966) "With Mao Tse-tung's Thought as the Compass for Action in the Control of Venereal Disease in China", China's Medicine, 1, 52-67

15. John G. Gurley (1971) "Capitalist and Maoist Economic Development", dans America's Asia, éd. Edward Freedman & Mark Selden, New York, Vintage Books, p. 336

16. Victor W. Sidel & Ruth Sidel, op. cit.

Annexe IV

TABLEAU 1. LES SERVICES MEDICAUX DANS LES ZONES RURALES EN CHINE

Echelon administratif	Nombre approximatif d'habitants	Installations et personnel
Province ou région autonome (27)	1 million à 50 millions	Hôpitaux provinciaux - sous-spécialistes; médecin pratiquant la médecine occidentale et médecins pratiquant la médecine traditionnelle, bureau de la santé publique
Circonscription (2000)	Jusqu'à 1 million	Hôpitaux de circonscription - spécialistes; médecins pratiquant la médecine occidentale et médecins pratiquant la médecine traditionnelle
Commune (27 000)	Jusqu'à 60 000	Hôpitaux ou dispensaires de commune - médecins pratiquant la médecine occidentale et médecins pratiquant la médecine traidtionnelle; assistants médicaux; infirmières
Brigade de production (5-20 par commune)	500-3000	Stations sanitaires - médecins aux pieds nus; aides sanitaires
Equipe de production (10 à 30 par brigade)	50-300	Médecins aux pieds nus; aides sanitaires

TABLEAU 2. LES SERVICES MEDICAUX DANS LES ZONES URBAINES EN CHINE

Echelon administratif	Nombre approximatif d'habitants	Installations et personnel
Municipalité	De moins de 100 000 à 11 millions (Changhaï, dont 6 millions environ considérés comme des citadins)	Hôpitaux spécialisés et hôpitaux universitaires - sous-spécialistes bureau de la santé publique
District	De moins de 100 000 à 900 000 (un district de Changhaï)	Hôpitaux de district - spécialistes centres de prévention des épidémies
Quartier (appelé également "rue" ou "commune urbaine")	40 000-70 000	Hôpitaux ou dispensaires de quartier - médecins pratiquant la médecine occidentale et médecins pratiquant la médecine traditionnelle; assistants médicaux; infirmières; sages-femmes
Comité de résidents (appelé également "allée")	1000-8000	Stations sanitaires - travailleurs médicaux rouges et visites périodiques de médecins
Groupe	50-150	

ANNEXE V

LE SYSTEME DE SOINS DE CUBA

Généralités

La population de l'île de Cuba est estimée à 9 170 000 habitants (1972). Sa densité moyenne est de 77,1 personnes au km^2. Le climat est subtropical.

L'agriculture constitue la principale activité économique de l'île. Cuba est le premier producteur de sucre du monde. On s'emploie actuellement à diversifier l'agriculture et tout particulièrement à accroître la production de protéines animales pour satisfaire les besoins de la population. L'industrie se développe également.

Le JUCEPLAN (Junta Central de Planificacion) est l'organisme public responsable des activités générales de planification.

Les raisons du lancement du programme

La priorité donnée et les modifications apportées aux services de santé après la Révolution de 1959 ont été le résultat d'une décision politique fondée sur les besoins de la population tels qu'ils étaient perçus par les dirigeants politiques (qui comptaient dans leurs rangs un certain nombre de médecins).

La situation avant la Révolution

Jusqu'en 1959, un grand nombre de Cubains, surtout en milieu rural, n'avaient accès aux prestations de santé sous aucune forme. Les établissements publics de santé, insuffisants et mal organisés, étaient concentrés dans les villes. Beaucoup d'habitants avaient recours aux services de pharmaciens privés, de guérisseurs (curanderos) et d'accoucheuses traditionnelles (comadronas empiricas). Des assurances mutuelles (mutualistas) couvraient certains groupes de travailleurs industriels. Chaque année, 200 à 300 médecins diplômés sortaient de l'école de médecine de la Havane, mais la plupart d'entre eux se fixaient dans la capitale ou dans d'autres grandes villes pour y exercer dans le secteur privé ou bien émigraient. Les services médicaux privés n'étaient soumis à aucun contrôle et leur qualité était très variable. Le développement des services de santé n'était pas planifié.

La situation avant la Révolution peut se résumer comme suit :

1. Inexistence d'un système national de santé, absence de coordination, même élémentaire, entre les services existants et absence de programmes verticaux destinés à résoudre les problèmes prioritaires.

2. Insuffisance quantitative des services. La population ne pouvant compter que sur ses propres ressources pour sa protection sanitaire, la plupart des gens n'avaient, dans ces conditions, accès à aucun service de santé.

3. Médiocre qualité des services du secteur public et coût élevé des services du secteur privé.

4. Prédominance des services curatifs, les services préventifs étant pratiquement inexistants.

5. Divorce entre l'enseignement de la médecine et les besoins sociaux, les médecins recevant une formation qui les destinait à exercer la médecine curative dans le secteur privé.

Annexe V

Les fondements conceptuels de l'approche nouvelle

L'expérience de Cuba dans le domaine de la santé repose sur le résultat des profonds changements apportés à la structure politique, sociale et économique du pays depuis la Révolution de 1959. La santé, l'enseignement et les moyens de communication ont bénéficié du plus haut rang de priorité dans le plan de développement social et économique, et une part considérable du budget leur est affectée. La santé est considérée comme un des droits fondamentaux de l'homme et comme un excellent investissement politique. Les services de santé sont gratuits et sont gérés par l'Etat. La répartition équitable des prestations de santé est un objectif politique qui est en train de se réaliser progressivement. L'administration sanitaire repose sur les quatre principes fondamentaux suivants :

1. La santé de la population incombe à l'Etat.
2. Les services de santé doivent être mis à la disposition de toute la population.
3. La collectivité doit participer activement aux prestations de santé.
4. Les services préventifs et curatifs doivent être fusionnés.

La planification se fait de manière pragmatique et repose sur l'utilisation scientifique des données épidémiologiques et sur l'expérience des autres pays.

Les autorités appliquent les politiques de l'Organisation mondiale de la Santé en ce qui concerne la régionalisation, le recours aux auxiliaires, la planification et la programmation, l'éradication de certaines maladies, la santé maternelle et infantile, etc.

Les réalisations

Au début de 1960, le Gouvernement décida que toutes les activités sanitaires releveraient de l'Etat. Il donna au Ministère de la Santé la pleine responsabilité du développement des services de santé, de l'établissement de normes et de la mise en oeuvre de la politique générale.

Au cours de la période 1960-1961, il fut décidé que tous les nouveaux diplômés de médecine iraient exercer pendant six mois dans les zones rurales, où ils devraient développer les services par tous les moyens disponibles. Ils furent aussi chargés de recruter des personnes aptes à recevoir une formation paramédicale.

Le développement des services de santé s'est fait et continue de se faire de manière pragmatique et progressive. Il existe encore des cabinets privés (350 médecins), et le dernier hôpital mutualiste (une assurance privée couvre en effet certains groupes) a été intégré dans le système national en 1970 après avoir été, les dernières années, géré par le Ministère de la Santé au bénéfice des seuls mutualistes.

En 1961, une réunion médicale nationale à laquelle participèrent 2000 des 5000 médecins que comptait Cuba fut organisée à la Havane afin de présenter et d'expliquer au corps médical les principes sur lesquels il avait été décidé d'asseoir le futur développement des services de santé : entière responsabilité de l'Etat, accès aux soins pour toute la population, participation de la collectivité, intégration des services. On annonça également une amélioration des conditions d'emploi et des possibilités d'études postuniversitaires.

Dans le développement pragmatique et progressif des services de santé, on a respecté les principes de base énoncés par l'OMS. En 1961-1962, une série de programmes verticaux spéciaux furent institués (diminution des gastro-entérites, de la tuberculose, de la poliomyélite et du paludisme, vaccination triple contre la coqueluche, la diphtérie et le tétanos, réduction de la mortalité maternelle). Afin de soutenir ces programmes, des équipes d'éducation sanitaire furent envoyées dans les collectivités pour les aider à s'organiser.

Annexe V

En octobre 1962, le pays fut divisé en districts. Le médecin-chef de district se vit confier la pleine responsabilité de tous les services de santé de son district, y compris les cabinets privés. Les districts correspondent avec quelques modifications aux actuelles régions. Les régions sont apparues comme trop vastes pour pouvoir être administrées facilement; aussi ont-elles été divisées en zones et en secteurs. Le système de santé est maintenant tout à fait régionalisé, avec des fonctions bien définies à chaque niveau. Les soins hospitaliers (soins spécialisés) sont centralisés et les soins ambulatoires (soins primaires) sont décentralisés.

Afin de pouvoir mettre sur pied un programme de santé bien intégré destiné aux zones rurales, on choisit une zone où une équipe de santé devait procéder à des essais dans les huit domaines suivants :

- soins intégrés aux enfants
- soins intégrés aux femmes
- soins intégrés aux adultes
- maladies transmissibles
- hygiène du milieu
- hygiène alimentaire
- médecine du travail
- odontologie.

Au bout de six mois, les résultats des essais étaient connus. Des centres de santé aux attributions uniformes furent créés progressivement dans tout le pays, et en particulier dans les zones sous-développées. Dans les zones rurales, ces centres, que l'on dote de 10 à 30 lits, s'appellent des hôpitaux ruraux. Dans les villes, ce sont des polycliniques. En 1965, les hôpitaux furent régionalisés, non sans de grandes difficultés en raison de leur répartition très inégale (dans la province de la Havane, par exemple, 90 % des lits d'hôpitaux étaient concentrés dans la même zone). Un plan général de construction d'hôpitaux fut élaboré, la priorité absolue étant accordée aux zones ne bénéficiant d'aucun service hospitalier. Ce plan fut coordonné avec ceux des autorités politiques et autres, et la décision finale fut prise par le pouvoir central.

En 1963, un petit groupe de gynécologues et d'obstétriciens élabora des normes de diagnostic et de traitement de certains troubles de la grossesse (toxémie, rupture de l'utérus, etc.). Ces normes étaient fondées sur les connaissances spécialisées existantes. Des normes nationales relatives aux actes et aux techniques médicaux ont été élaborées au cours des années dans de nombreux domaines (pédiatrie, obstétrique/gynécologie, chirurgie, statistiques, etc.). Elles sont fondées sur le consensus des praticiens spécialistes et sur les connaissances médicales généralement admises. Ces normes n'ont rien d'un carcan et ont surtout une valeur d'orientation ("la norma no es la orma"). Ces normes sont diffusées dans l'ensemble du pays et sont utilisées dans l'enseignement, la formation en cours d'emploi, l'encadrement, et la préparation des programmes et des plans.

Des cours de formation ont été organisés pour différents personnels de la santé. Le Ministère de la Santé lui-même a été réorganisé pour faire face à ses responsabilités nouvelles et élargies. Des normes furent également élaborées pour les différentes catégories de personnel de santé et les différentes spécialités.

La planification, l'élaboration des normes et l'évaluation des programmes d'enseignement sont confiées à l'échelon national et provincial à des groupes de spécialistes.

Annexe V

Au début des années 60, la majorité du personnel qualifié disponible étaient des auxiliaires. A l'heure actuelle, c'est le personnel de niveau intermédiaire qui est majoritaire. Il existe 34 écoles d'infirmières relevant du Ministère de la Santé; elles reçoivent des élèves ayant fait 10 ans d'études primaires et secondaires et forment des infirmières en trois ans. Ces écoles sont réparties de manière équitable sur l'ensemble du territoire, ce qui permet aux futures infirmières de faire leurs études et d'exercer leur profession dans leur région d'origine. Les techniciens de niveau intermédiaire font deux à trois ans d'études dans des écoles provinciales ou nationales qui forment en tout plus de 20 catégories de techniciens, dont ceux qui sont chargés de l'entretien du matériel et des bâtiments. Des auxiliaires sont également formés en grand nombre, aussi bien dans le domaine infirmier que dans les domaines techniques. Les programmes de formation sont établis en fonction des besoins dans les différents domaines. Les fonctions de chaque catégorie de personnel sont bien définies et la formation (y compris la motivation sociale) est adaptée aux tâches à accomplir.

Le rapport personnel de santé/population augmente rapidement du fait de l'expansion des programmes de formation. En 1971, il y avait 9,2 infirmières auxiliaires, 5,5 infirmières diplômées et environ 10 médecins pour 10 000 habitants.

Encadrement et contrôle

La supervision technique et administrative s'effectue du haut en bas de manière continue et systématique. Il n'y a pas d'équipes spéciales d'inspection. A chaque échelon - central, provincial et régional - chacun surveille le personnel placé sous ses ordres, y compris les cliniciens qui appartiennent aux groupes normatifs. Les vice-ministres eux-mêmes vont une fois par mois dans une province différente pour se rendre compte de l'état d'avancement des programmes dont ils ont la responsabilité; de la sorte, chaque province est inspectée au moins une fois par an. Ces visites ne concernent pas seulement les établissements de la capitale de la province, mais aussi les établissements des districts et des zones.

Outre ce contrôle administratif et technique, il existe un contrôle politique qui est exercé par les organisations de masse et le parti, qui veillent à ce que les instructions politiques données par la hiérarchie soient respectées.

Les supérieurs hiérarchiques doivent prêter assistance à leurs subordonnés dans l'exécution de tâches difficiles telles que la programmation et l'évaluation; l'enseignement est considéré comme une de leurs tâches importantes et c'est une tâche dont ils s'acquittent avec conscience.

Le travail en équipe

La notion de travail en équipe va bien au-delà de la coordination des activités du groupe local chargé de la prestation directe des soins de santé à la population. On trouve chez tous les travailleurs de la santé, à tous les niveaux, la même philosophie et la même conscience très nette de leur responsabilité dans la réalisation des objectifs. Un même esprit de corps règne chez tous les personnels de santé quels que soient l'âge, la catégorie, le niveau de formation et la discipline des intéressés.

Cet esprit de corps semble reposer sur les cinq grands facteurs suivants :

1. Tous les personnels de santé appartiennent au même syndicat, ce qui leur donne le sentiment d'avoir les mêmes intérêts et les mêmes responsabilités et évite tout parti pris dans l'approche des problèmes.

2. Des réunions régulières de tous les personnels sont organisées; chacun est invité à participer à la discussion et à donner son avis.

3. Les devoirs et les responsabilités de chacun sont formulés clairement et les liaisons entre les services sont nettement définies.

4. Une pression indirecte (et directe) est exercée par la collectivité, les organisations de masse et le parti par le biais de la participation des différents groupes à tous les niveaux de responsabilité; il s'agit de créer un esprit d'équipe en vue de résoudre les problèmes de la collectivité.

5. Les personnels de tous niveaux collaborent à la planification des activités, ce qui renforce leur sentiment de participer à toutes les activités sanitaires et permet probablement de planifier celles-ci de façon plus réaliste.

L'expérience acquise a permis de mettre au point un processus de programmation plus structuré, visant des objectifs plus précis. Depuis 1963, on s'efforce aussi de mettre sur pied un système d'information qui doit servir à définir les problèmes et à évaluer les progrès.

Assainissement du milieu

Il semble que l'amélioration de l'hygiène du milieu ne s'est pas faite au même rythme que l'amélioration des soins médicaux, en particulier dans les zones rurales. Ainsi, la diminution rapide de la mortalité par maladies diarrhéiques (de 78 décès pour 100 000 habitants en 1962 à environ 15 en 1972) ne s'est pas accompagnée d'une diminution similaire de la morbidité. En fait, la diminution de la mortalité a été le résultat d'un programme intensif d'éducation sanitaire, de dépistage précoce des cas et d'hospitalisation rapide. En outre, on s'est efforcé de rassembler les populations rurales éparpillées autour des programmes de production. Tous les nouveaux projets de logements ruraux respectent les normes d'hygiène du milieu en matière d'approvisionnement en eau, d'évacuation des eaux usées et de lutte contre les vecteurs et les rongeurs.

A l'heure actuelle, les autorités centrales étudient un projet de programme destiné à faire face aux besoins en matière d'hygiène du milieu pendant la période 1976-1980.

Participation de la population et mobilisation des masses

Toute la population a été mobilisée pour combattre les maladies. La participation massive des femmes aux activités sociales s'est révélée très utile. A l'échelon local - hôpital rural ou polyclinique - les commissions sanitaires populaires sont très actives. Ces commissions sont présidées par le médecin directeur de l'établissement et chacune des organisations de masse ou associations communautaires - par exemple les Comités de Défense de la Révolution, la Fédération des Femmes cubaines et les syndicats des travailleurs - y est représentée. Dans les zones rurales, un membre de l'Association nationale des petits Agricultures, organisme du secteur privé, fait aussi partie de la commission. Un représentant du parti communiste y siège également. La commission se réunit régulièrement et étudie des problèmes très divers, tels que la vaccination des écoliers et l'hygiène de la production locale de lait.

Dès les premières années qui suivirent la Révolution, il y eut dans chacun des comités populaires une personne responsable des questions de santé. Ces comités ayant tissé un réseau si dense sur l'ensemble du territoire et montré tant d'enthousiasme, on leur confia bientôt d'autres responsabilités : en premier lieu, des fonctions ayant trait à la santé publique, puis des fonctions intéressant l'enseignement et le travail volontaire. Année après année, l'éventail de leurs activités s'est élargi.

Dans le domaine de la santé publique, leur première tâche, en collaboration avec les services de santé, fut la vaccination de l'ensemble de la population. Ils s'occupèrent aussi d'éloigner les animaux des abords des habitations et d'éliminer les détritus afin d'éviter la prolifération des mouches et autres vecteurs de maladies.

Annexe V

Les Comités de Défense de la Révolution groupent à eux seuls plus de 3,5 millions d'adultes. Leur premier échelon d'organisation correspond à l'îlot dans les zones urbaines, à la grande exploitation agricole dans les zones rurales. Grâce à ce système, il est possible par exemple de vacciner contre la poliomyélite par vaccin oral 1,5 million d'enfants en quelques heures et presque sans frais. La libre disposition des moyens de communication de masse - radio, presse et télévision - permet d'atteindre plus facilement la population et de lui expliquer les raisons d'être de chaque activité sanitaire. De plus, chacun des membres des équipes de santé reçoit la formation nécessaire pour jouer auprès de la collectivité le rôle de guide ou d'éducateur sanitaire. Les futurs médecins sont aussi, dès leur première année d'étude, mis en contact étroit avec la population.

Coût du programme

Aucun chiffre absolu n'est disponible concernant les dépenses de santé, mais on sait que 50 %, voire davantage, du budget national va à la santé et à l'éducation.

Taux de mortalité (%, sauf indication contraire)

Taux brut de mortalité	6,5	(1958)	5,8	(1973)
Taux de mortalité infantile	33	(1958)	27	(1973)
Taux de mortalité pour le groupe d'âge 1-4 ans	2,6	(1958)	1,2	(1970)
Taux de mortalité maternelle	1,2/1000	(1962)	0,6/1000	(1972)
Mortinaissances	25/1000	(1962)	13/1000	(1972)

Taux de mortalité par maladie (pour 100 000)

Gastro-entérite	42,5	(1957)	18,4	(1970)
Tuberculose	19,6	(1962)	7,3	(1970)
Typhoïde	0,2	(1968)	0,0	(1971)
Poliomyélite	32 cas	(1960)	0,0	
Paludisme	éradiqué			

Taux de morbidité (pour 100 000)

Poliomyélite	Maladie éradiquée (342 cas étaient notifiés en 1961)			
Coqueluche	15,6	(1967-1969)	7,2	(1970-1972)
Tétanos	4,3	(1967-1969)	2,3	(1970-1972)
Tétanos des nouveau-nés	4,9/10 000	(1959)	0,0	(1970) 1 cas
Diphtérie	2,6	(1967-1969)	0,0	(1971-1973)
Tuberculose	41	(1968)	17,8	(1971)

Lutte contre la lèpre

Quatre-vingt-dix-neuf pour cent (1972) des lépreux et 85,4 % (1972) de leurs contacts font l'objet d'une surveillance régulière.

Couverture du programme antituberculeux

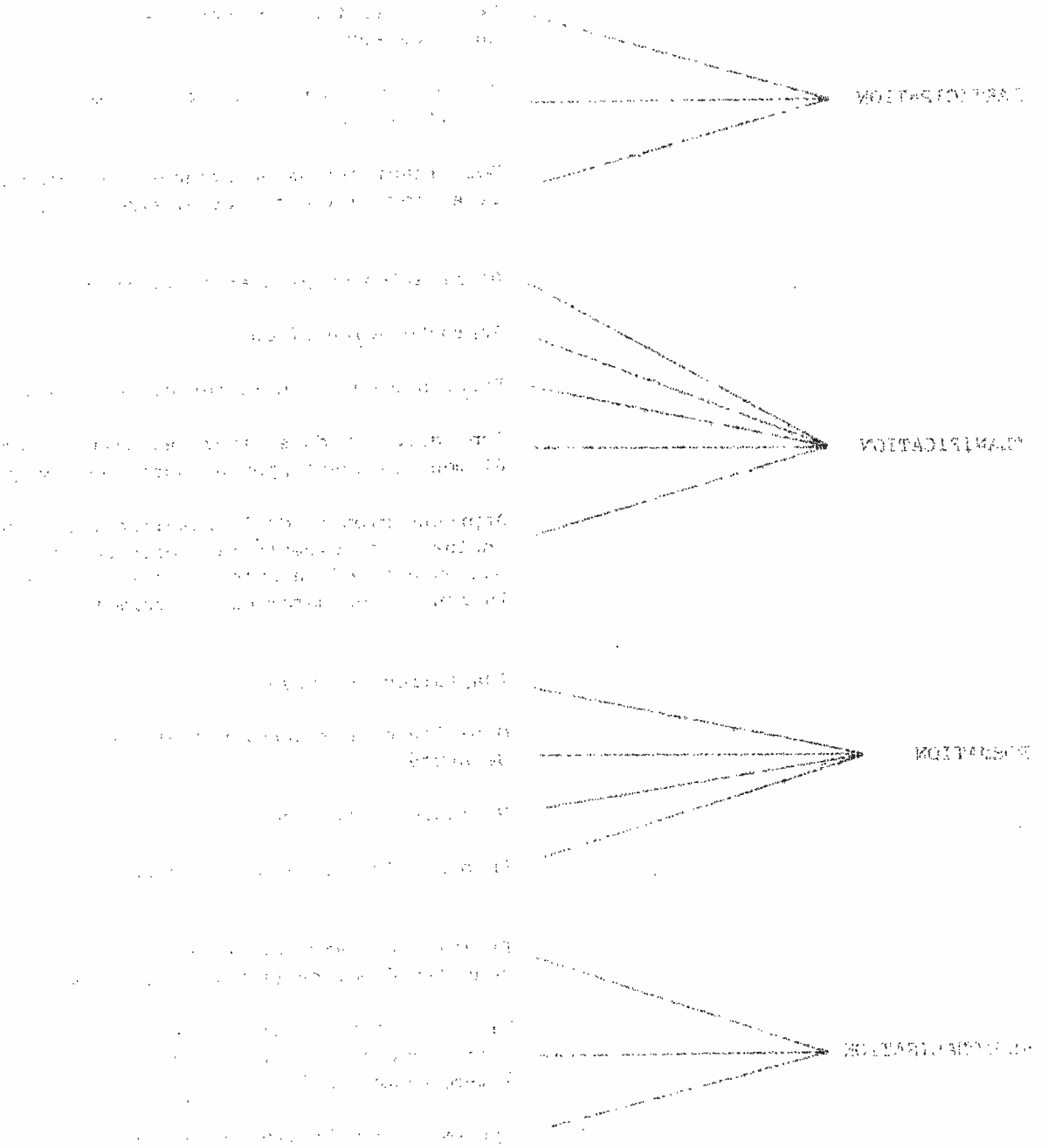
Les activités de diagnostic et de traitement de la tuberculose couvrent plus de 90 % de la population. Environ 95 % des nouveau-nés sont vaccinés par le BCG et tous les enfants des écoles primaires reçoivent une injection de rappel.

Annexe V

Situation actuelle et conclusions

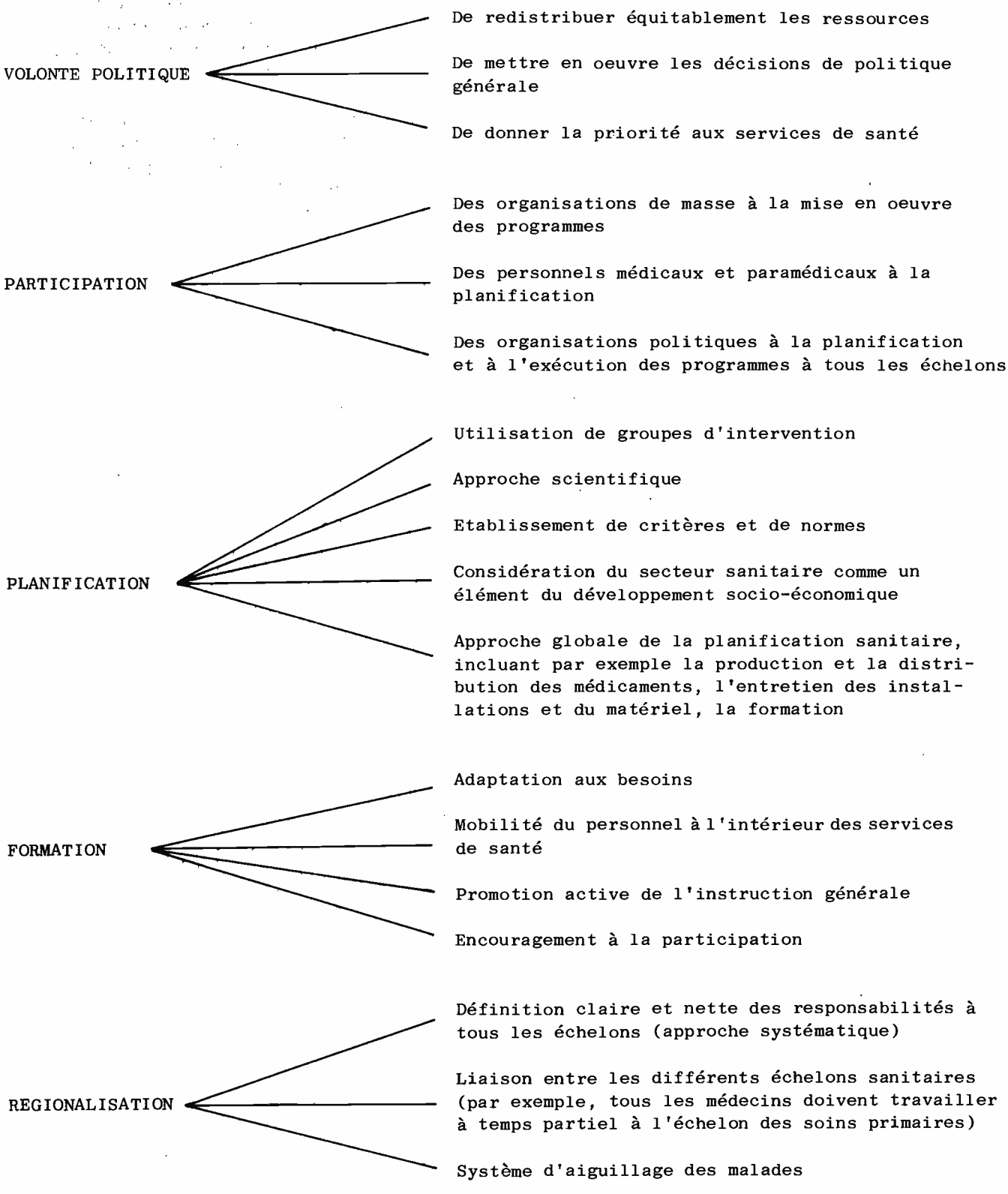
Le système de santé de Cuba couvre pratiquement 100 % de la population et il est doublé par un système d'aiguillage des malades qui permet à chacun de bénéficier de soins appropriés à tous les niveaux. Les services de santé préventifs, curatifs et de réadaptation sont bien organisés et intégrés et donnent d'excellents résultats si l'on considère les indicateurs relatifs aux services et les statistiques de mortalité et de morbidité.

Un certain nombre de facteurs ont favorisé ces progrès dans le domaine de la santé : la très forte motivation des personnels de santé, l'alphabétisation totale de la population, le nombre élevé des médecins et autres professionnels de la santé, de bons moyens de transport, la mobilisation des masses et la forte participation de la population.



Annexe V
APPENDICE 1

On trouvera ci-après une représentation schématique des principales causes de succès de l'expérience cubaine dans le domaine des services de santé :


VOLONTE POLITIQUE
De redistribuer équitablement les ressources
De mettre en oeuvre les décisions de politique générale
De donner la priorité aux services de santé
PARTICIPATION
Des organisations de masse à la mise en oeuvre des programmes
Des personnels médicaux et paramédicaux à la planification
Des organisations politiques à la planification et à l'exécution des programmes à tous les échelons
PLANIFICATION
Utilisation de groupes d'intervention
Approche scientifique
Etablissement de critères et de normes
Considération du secteur sanitaire comme un élément du développement socio-économique
Approche globale de la planification sanitaire, incluant par exemple la production et la distribution des médicaments, l'entretien des installations et du matériel, la formation
FORMATION
Adaptation aux besoins
Mobilité du personnel à l'intérieur des services de santé
Promotion active de l'instruction générale
Encouragement à la participation
REGIONALISATION
Définition claire et nette des responsabilités à tous les échelons (approche systématique)
Liaison entre les différents échelons sanitaires (par exemple, tous les médecins doivent travailler à temps partiel à l'échelon des soins primaires)
Système d'aiguillage des malades

ANNEXE VI

L'APPROCHE TANZANIENNE DU DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE

Lorsque l'on envisage la façon dont la Tanzanie a choisi de satisfaire les besoins sanitaires de la majorité de ses habitants, il faut tenir compte des sujétions que constituent le manque de moyens financiers et humains - le PNB par habitant est l'un des plus faibles du monde - ainsi que du passé colonial de ce pays où l'infrastructure sanitaire, réduite à sa plus simple expression, a dû être améliorée après l'indépendance.

La République-Unie de Tanzanie a une superficie d'environ 1 million de km^2. La capitale a été récemment déplacée de Dar Es-Salam, sur l'Océan indien, à Dodoma, ville située au centre du pays. La plus grande partie du pays est aride, exception faite des flancs du Kilimandjaro où les précipitations sont abondantes. De vastes étendues sont couvertes de brousse et de pâturages.

En 1972, on estimait la population à environ 13,5 millions d'habitants. Le taux de natalité était de 47 pour 1000 et le taux brut de mortalité était évalué à 20 pour 1000, ce qui correspond à un taux d'accroissement naturel de 2,7 %. Comme dans la plupart des pays en voie de développement, l'espérance de vie à la naissance est très faible (44 ans). Le taux de mortalité infantile se situe entre 160 et 165 pour 1000 naissances vivantes.

Très étendue, la Tanzanie a une population clairsemée. De type agro-pastoral, cette population vit essentiellement (92,5 %) dans les régions rurales. La principale culture marchande était jusqu'à ces dernières années le sisal, que l'on cultivait dans de grandes exploitations groupées autour de Korogwe, dans le nord, et de Morogoro, dans le sud. Les autres cultures marchandes sont le café, le coton, le tabac et la noix de cajou. L'exploitation forestière se développe rapidement. Les diamants constituent la richesse minérale exploitée la plus précieuse de la Tanzanie. Le tourisme, dont le parc national Serengeti est la principale attraction, est une source de revenus en plein essor.

Comme dans la plupart des pays en voie de développement, on ne dispose pas de statistiques de morbidité fiables et il faut donc s'en remettre aux hôpitaux et aux unités sanitaires (centres de santé, dispensaires, etc.) ainsi qu'aux statistiques d'admission dans les hôpitaux fournies par le Ministère de la Santé. La plupart des maladies et des décès sont dus à des maladies transmissibles de caractère endémo-épidémique (on a diagnostiqué au moins 50 maladies transmissibles différentes dans ce pays). Bien que leurs effets soient relativement peu importants par comparaison avec ceux des maladies précitées, les affections nutritionnelles, les complications de la grossesse et de l'accouchement et les maladies chroniques et dégénératives doivent également être signalées. On peut classer comme suit les causes de mortalité : maladies respiratoires aigues, rougeole, entérite et diarrhée, paludisme, affections nutritionnelles (y compris la malnutrition), complications de grossesse et d'accouchement. Bien qu'imparfait, ce classement indique clairement les priorités épidémiologiques et les activités sanitaires qui s'imposent aux autorités tanzaniennes.

La Tanzanie continentale dispose de 128 hôpitaux totalisant 18 700 lits, soit un lit d'hôpital pour 720 habitants. Il existe 90 centres de santé ruraux, 1400 dispensaires ruraux et 1500 postes de santé installés dans les villages. Actuellement, chaque centre de santé rural est censé offrir des prestations sanitaires à 187 000 habitants et un dispensaire dessert environ 9300 personnes. Toutefois, la répartition des services varie d'une région à l'autre. A la fin de 1972, on comptait un médecin pour 28 000 habitants et une proportion tout aussi faible de personnels sanitaires d'encadrement et de personnels auxiliaires, ce qui traduit une pénurie générale de personnels de santé.

Compte tenu de la situation de la Tanzanie sur le plan technique, économique et social, il devenait nécessaire d'exprimer au plus haut niveau la volonté de changement. Cette volonté fut magnifiquement formulée dans la déclaration d'Arusha, qui constitue la base de la politique

Annexe VI

sanitaire actuelle du pays. La santé doit être envisagée désormais dans le cadre du plan national de développement socio-économique, qui met essentiellement l'accent sur le développement rural. La déclaration comporte cinq grands points :

1) nécessité du développement rural global,

2) mobilisation par la puissance publique de toutes les ressources disponibles afin d'éliminer la misère, l'ignorance et la maladie,

3) participation active du gouvernement à la formation et au développement des organisations coopératives,

4) participation des collectivités locales (auto-assistance) en tant qu'instrument de libération et de développement social,

5) la population, la terre, une politique judicieuse et de bons gouvernants sont les conditions du développement.

Pour assurer un développement rationnel, il fallait décentraliser les mécanismes de planification afin que la population puisse participer à l'établissement des plans destinés à modifier sa situation socio-économique. Des comités de planification furent donc créés dans chaque village, quartier et arrondissement et le Ministère de la Planification économique fixa les grandes lignes de la stratégie et des priorités à observer en matière de planification nationale. Toutefois, l'effort de l'Etat ne devint manifeste qu'à partir du moment où, en 1972-1973, 70 % du budget fut consacré au développement rural. Si les institutions internationales et d'autres organismes donateurs ont joué un rôle dans la mise en oeuvre du plan de développement rural, la devise du pays reste "coopération, oui, aide empoisonnée, non".

Le plan national de développement socio-économique vise à mettre en place une infrastructure sanitaire intégrée qui convienne et soit accessible à la majorité de la population dans le contexte démographique, socio-économique et socio-culturel du pays, et dont le coût soit le moins élevé possible. La distribution d'eau saine et la généralisation de l'enseignement primaire gratuit figurent parmi les autres objectifs importants du développement socio-économique des régions rurales.

Conformément aux principes énoncés dans la déclaration d'Arusha, il convenait d'insister sur la nécessité pour la population de ne compter que sur elle-même. On a donc tablé sur des contributions locales - en espèces et en nature - grâce auxquelles la population joue un rôle important dans la mise en place des services sociaux, sanitaires et autres. Dans cette optique d'auto-assistance, la mobilisation des masses devenait un moyen d'action politique délibérée visant à sensibiliser la population aux problèmes sociaux. On a invité les Tanzaniens à faire face eux-mêmes à leurs besoins socio-économiques dans toute la mesure possible. On a mobilisé les masses dans le domaine de l'éducation sanitaire, en mettant l'accent sur l'importance de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des soins curatifs.

Comme on l'a dit, l'intégration des plans de santé à l'effort de développement rural global a obligé le pays à se doter de mécanismes de planification très complets respectant des priorités judicieusement établies. On a commencé par planifier les services de santé aux différents niveaux, puis on a coordonné les plans de santé avec le plan de développement national, dont l'une des lignes directrices était justement la promotion et la restauration de la santé de la population.

Afin de faciliter les prestations sociales indispensables, on a incité les populations éparses à se regrouper dans des villages plus importants désignés sous le nom de villages Ujamaa. Ce regroupement des villages réduit la gravité des problèmes que pose la planification de services destinés à des populations clairsemées et permet de réaliser une meilleure couverture sanitaire. Pour concrétiser le principe d'auto-assistance, les postes sanitaires et les

dispensaires de village sont construits par les villageois eux-mêmes, le gouvernement se bornant à fournir les matériaux, les équipements et les services qu'on ne peut trouver sur place. Les villageois participent également à la construction des réseaux d'approvisionnement en eau et sont incités à construire eux-mêmes leurs latrines et leurs dépotoirs.

Par suite du manque de ressources face aux besoins grandissants d'une population qui augmente rapidement, il a fallu, pour remédier à la pénurie de personnel de santé qualifié et combler des lacunes qui allaient en s'élargissant, renoncer aux méthodes de formation traditionnelles. Des animateurs spécialement formés sont affectés dans les villages afin d'y stimuler le développement rural. Grâce à leur formation spéciale et notamment aux notions de médecine préventive qu'on leur a inculquées, ces animateurs sont en mesure d'orienter le développement des régions rurales tout en accordant l'attention nécessaire aux questions sanitaires. Ils aident la collectivité à discerner les principaux problèmes de santé et à les résoudre grâce aux moyens disponibles sur place.

Conformément aux grands principes de décentralisation et de mobilisation des masses, les services de santé ont été décentralisés en juillet 1972. Il s'agissait de confier la plus grande partie des mécanismes de décision à la population elle-même, tant au niveau des régions qu'à celui des arrondissements et même des villages.

Il y a dans chaque région un médecin régional, qui fait partie du comité de développement régional. Il est en même temps directeur de l'hôpital régional et il coordonne la mise en oeuvre de la politique sanitaire dans sa région. Au niveau de l'arrondissement, il existe un médecin d'arrondissement qui exerce les mêmes attributions dans son arrondissement. Les régions rurales sont dotées de centres de santé et de dispensaires ruraux et il existe, au niveau du village, un poste sanitaire de village.

Les centres de santé et les dispensaires ruraux sont destinés à fournir des services de santé complets aux collectivités rurales. Toutefois, le problème du déséquilibre entre les soins curatifs et préventifs demeure préoccupant, même dans les régions rurales. En Tanzanie, la formation du personnel de santé rurale vise principalement à doter les services de santé rurale d'agents sanitaires primaires. L'effort porte sur quatre grandes catégories de personnel les assistants médicaux, les aides médicaux ruraux, les auxiliaires de santé maternelle et infantile, et les auxiliaires sanitaires. Les activités des centres de santé et des dispensaires ruraux sont grosso modo de trois types : diagnostic et traitement des maladies, santé maternelle et infantile, et salubrité de l'environnement. La formation de différentes catégories de personnel capables d'exercer en milieu rural est l'une des grandes réalisations du programme de développement rural. L'affectation d'agents de protection sanitaire primaire dans les régions rurales témoigne d'une répartition équitable des ressources sanitaires pourtant limitées, et permet de desservir davantage de populations et de mieux utiliser les ressources disponibles avec un minimum de dépenses.

Dans un village Ujamaa, la collectivité subvient aux besoins de l'auxiliaire médical, le centre de santé rurale assure son encadrement technique et le gouvernement central lui fournit le matériel et les médicaments. Sa formation sanitaire consiste en un cours pratique de premiers soins de trois à six mois organisé dans un centre de santé ou à l'hôpital d'arrondissement. Ces cours sont répétés périodiquement.

L'auxiliaire de santé maternelle et infantile a une mission particulière de protection maternelle et infantile, qui comprend notamment des activités de planification familiale et d'éducation nutritionnelle. On se propose de lui confier des fonctions en deux endroits distincts, au dispensaire et au centre de santé rurale. Au dispensaire, elle travaillera seule tandis qu'au centre de santé elle sera le plus souvent l'assistante d'une infirmière qualifiée.

Annexe VI

Au cours des six dernières années, des auxiliaires sanitaires ont été spécialement formées et chargées d'activités d'hygiène du milieu dans les régions rurales. Les auxiliaires sanitaires travaillent à la fois dans les centres de santé et dans les dispensaires.

Un aide médical rural doit au minimum avoir fait des études primaires et ensuite suivi un cycle de formation médicale d'au moins trois ans. Les auteurs du plan sanitaire tanzanien insistent sur le fait que la formation de l'aide médical rural ne doit pas consister en des études de médecine "allégées", mais doit au contraire être conçue en fonction des besoins et des objectifs du dispensaire ainsi que des activités les plus courantes de l'aide médical.

En Tanzanie, le centre de santé rural est l'élément le plus important de l'infrastructure sanitaire rurale. Formé pour diriger un centre de santé rural, l'assistant médical constitue donc l'élément le plus important des différentes catégories de personnel sanitaire rural. Après au moins 11 ans d'études générales, l'assistant médical suit un cours de formation de trois ans axé sur les sciences médicales de base, la médecine clinique et la médecine des collectivités.

Le médecin auxiliaire (qui porte le titre de médecin) a reçu initialement une formation d'assistant médical puis a exercé dans cette fonction pendant au moins quatre ans et a suivi un cours de formation de 18 mois. Il peut s'acquitter de fonctions intermédiaires entre celles de l'assistant médical et celles du médecin.

En Tanzanie, l'idée maîtresse est d'orienter la formation du médecin de telle sorte qu'elle réponde aux besoins et aux problèmes locaux. En dehors de leurs tâches cliniques, les médecins doivent être les organisateurs de la santé et les chefs des équipes sanitaires. Cela suppose qu'une partie de la formation du médecin doit s'effectuer dans les collectivités rurales. A la Faculté de Médecine de l'Université de Dar Es-Salam, la médecine des collectivités fait l'objet d'un cours de 200 semaines, dont 22 au moins consistent en des stages pratiques dans les collectivités.

Les chiffres qui suivent témoignent de la stratégie et des mesures qui ont été adoptées pour desservir sur le plan sanitaire toute la population des régions rurales. En 1971, il y avait 74 aides médicaux ruraux; en 1972, leur nombre était passé à 578 grâce à des mesures de formation intensive; on espère pouvoir former environ 2500 aides médicaux ruraux au cours de la période 1973-1980.

Les assistants médicaux n'existaient pas en 1961. En 1972, il y en avait 355 et l'on espère qu'ils seront plus de 1500 en 1980. En 1961, il y avait au total 22 aides médicaux en 1972, ils étaient 140 et en 1980 on espère qu'ils seront environ 400. On accordera une attention toute particulière à la formation des auxiliaires de santé maternelle et infantile qui, espère-t-on, seront plus de 2000 en 1980.

Parallèlement, le nombre des centres de santé passera de 105 en 1973 à 300 en 1980 et le nombre des dispensaires de 1500 à 2300. Le nombre des lits d'hôpitaux augmentera en fonction de la croissance de la population, car il s'agit de maintenir le même rapport entre le nombre de lits et le nombre d'habitants.

Le budget de la santé est passé de 50 millions de shillings tanzaniens[1] pour l'exercice 1961/1962 à plus de 200 millions pour l'exercice 1973/1974. Cette progression s'est essentiellement produite entre 1971 et 1974. Bien que ce chiffre soit faible en valeur absolue - il correspond à 15 shillings tanzaniens par habitant plus une contribution du secteur privé estimée à 3 shillings soit, au total, 18 shillings par habitant - cela signifie que la Tanzanie consacre directement 3 % de son produit national brut à la protection sanitaire (non compris l'approvisionnement en eau, l'assainissement, la nutrition et d'autres facteurs indirects mais importants qui influent sur la santé).

[1] 1 shilling tanzanien = environ US $0,14.

Annexe VI

Malgré les innovations intéressantes et diverses qui viennent d'être brièvement décrites, la situation sanitaire du pays en 1974 est loin d'être idéale du point de vue de la couverture et de la qualité des services de santé. Il est évident que la Tanzanie doit toujours faire face à des problèmes qui, dans bien des cas, sont un héritage du passé. Les ressources du pays sont modestes, mais il ne semble pas que ce soit là la seule contrainte qui pèse sur le développement de l'infrastructure sanitaire; les autres facteurs sont le manque de personnel sanitaire qualifié et un cadre socio-culturel qui s'oppose à une utilisation maximale des services existants. Toutefois, les progrès rapides réalisés ces dernières années dans le domaine de la santé et dans les autres secteurs du développement socio-économique incitent à penser que les besoins sanitaires fondamentaux de la majorité de la population seront satisfaits au cours de cette décennie.

Bien qu'en matière de politique sanitaire il faille juger la solution tanzanienne en tenant compte de la puissante mobilisation socio-politique du pays, cette approche novatrice pourrait être adaptée à la situation de pays en voie de développement dotés de structures socio-politiques différentes, pour résoudre d'urgence des problèmes sanitaires similaires. La solution tanzanienne est séduisante dans la mesure où elle démontre clairement ce que l'on peut faire avec des ressources minimales. Il faut pour cela que, comme en Tanzanie, il y ait une forte volonté nationale, que l'on examine objectivement les problèmes sanitaires du pays, que l'on définisse clairement les objectifs, les programmes et les priorités à respecter en matière de planification, et que l'on s'en tienne à une politique précise en ce qui concerne la répartition des ressources et la mise en oeuvre des mesures d'application.

ANNEXE VII

VENEZUELA : LE PROGRAMME DE "MEDECINE SIMPLIFIEE"

Le Venezuela comptait 10 081 568 habitants d'après le recensement de 1971. Le taux d'accroissement de la population y a été d'environ 3,5 % pendant les dix dernières années. Il présente les tendances et les caractéristiques typiques des sociétés en voie de développement, avec un taux d'accroissement élevé et une prédominance d'éléments jeunes dans la population. Depuis une trentaine d'années, il y a eu de grands changements dans les conditions économiques et sociales et ils ont eu des répercussions sur le niveau général de santé dans l'ensemble du pays. Les tableaux 1 et 2 donnent quelques indications sur l'évolution de divers indicateurs sanitaires ainsi que sur la régression de plusieurs maladies transmissibles.

TABLEAU 1. QUELQUES DONNEES BIOSTATISTIQUES CONCERNANT LE VENEZUELA POUR LES ANNEES 1950, 1960 ET 1970

	1950	1960	1970
Population (en millions)	5,0	7,4	9,8
Population : âge 0-14 ans (%)	42,6	44,8	47,1[a]
Taux brut de natalité (pour 1000 habitants)	42,8	44,0	41,0
Espérance de vie à la naissance (en années)	58,0	66,1	65,6[b]
Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)	10,9	7,5	7,0
Mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	79,7	55,2	48,2
Décès de 1 à 4 ans (pour 1000 habitants)	11,7	6,1	5,4
Proportion des décès sans cause établie	48,2	30,3	23,0

[a] Recensement de 1971.

[b] Pour 1968.

TABLEAU 2. NOMBRE DE CAS DE CERTAINES MALADIES AIGUES, POUR 100 000 HABITANTS, POUR L'ENSEMBLE DES ZONES DE NOTIFICATION[a] DU VENEZUELA

Maladie	1950	1960	1970
Diphtérie	38,3	16,5	2,0
Fièvre typhoïde	57,3	25,7	1,7
Paludisme	80,0	25,0	10,5
Rougeole	342,2	517,0	496,6
Tétanos	26,8	22,9	5,1
Poliomyélite	4,2	8,3	0,7
Variole	82,6	-	-
Typhus murin	6,7	0,4	-

[a] On entend par "zone de notification" une circonscription ayant un service médical permanent (doté d'un médecin). L'ensemble de ces zones comprenait, selon les estimations, 53,2 % de la population en 1950, 60 % en 1960 et 72,5 % en 1970.

Il est indispensable d'analyser ces données de manière plus approfondie car, prises telles quelles, elles ne reflètent pas la situation réelle. Comme beaucoup d'autres pays en voie de développement, le Venezuela présente de grands contrastes entre, d'une part, les vastes concentrations de populations urbaines (avec les difficultés croissantes causées par les zones "marginales" à mesure que le processus d'"urbanisation" se développe) et, d'autre part, les populations rurales des petits villages ou des ranchos isolés où l'économie demeure rudimentaire. Le tableau 3 montre les différences entre divers indicateurs sanitaires selon qu'il s'agit de populations principalement rurales ou de populations principalement urbaines.

TABLEAU 3. INDICATEURS DE MORTALITE DANS QUATRE AGREGATS DE POPULATION - VENEZUELA, 1969

	Type d'agrégats de population			
	A	B	C	D
Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)	6,1	8,1	8,4	8,0
Quotients de mortalité à certains âges :				
Moins d'un an	25,7	28,9	28,4	28,4
1 à 4 ans	7,4	10,8	11,6	14,3
50 ans et plus	49,4	39,5	39,3	35,5
Proportion des décès sans cause établie	5,7	17,4	26,8	50,2

A : Population de 40 000 habitants et plus. C : Population de 1000 à 4999 habitants.

B : Population de 5000 à 39 999 habitants. D : Population de moins de 1000 habitants.

D'après le recensement de 1971, sur les 21 120 centres de population du pays, il y avait 20 535 centres de population groupant 2500 habitants au maximum, situés dans des régions rurales et des régions intermédiaires (comprises entre les régions rurales et les régions urbaines ou semi-rurales) et comprenant 27,2 % de l'ensemble de la population du pays. Malgré l'important développement de l'urbanisation au Venezuela, la population reste très dispersée et il est difficile aux autorités de lui assurer certains services tels que les soins médicaux de base.

Ces considérations ont amené un groupe de fonctionnaires du Ministère de la Santé et de la Protection sociale qui s'intéressaient à ces questions à entreprendre d'élaborer ensemble un programme de soins de base destiné aux populations disséminées, en tenant dûment compte des ressources effectives du pays. L'idée était d'aborder le problème d'une façon simple et réaliste mais en même temps pratique. En 1961, à la deuxième Conférence vénézuélienne de la santé publique, il a été proposé d'adopter certaines expériences faites dans d'autres pays, particulièrement en URSS et dans certains pays africains. Il n'était évidemment pas possible d'installer en permanence un médecin ou une personne possédant de hautes qualifications médicales dans chacun des principaux centres de plusieurs milliers de circonscriptions des régions rurales. A l'époque, il existait déjà 1300 à 1400 dispensaires ruraux qui recevaient tous les quinze jours ou toutes les semaines la visite d'un médecin venant d'un centre de santé urbain et qui ne faisait que prescrire un traitement aux malades. Une jeune fille sans formation particulière était attachée à chaque dispensaire; elle était chargée de seconder le médecin, de faire quelques nettoyages et, si elle en était capable, de faire des pansements et des injections intramusculaires.

Annexe VII

Le groupe a étudié les différentes solutions appliquées dans d'autres pays, compte tenu des conditions locales et des moyens disponibles au Venezuela. Ces travaux ont amené le groupe à proposer d'instituer une fonction de "technicien sanitaire". Le technicien sanitaire serait chargé de diagnostiquer et de soigner des maladies facilement reconnaissables d'après des critères normalisés et d'assurer l'assainissement de base. Le Ministère de la Santé a accueilli cette idée favorablement, mais la réaction du corps médical a été hostile. La Fédération médicale du Venezuela a invité le groupe intéressé à présenter un document justifiant l'expérience et exposant les divers aspects du programme. Le document remis à la Fédération en 1963 contenait un exposé du programme sous le titre "Médecine simplifiée" : le mot "médecine" était employé à dessein pour indiquer que les prestations envisagées devaient avoir à la fois un caractère préventif et curatif et représentaient donc un service complet ou intégré - et le mot "simplifiée" pour signifier qu'il devait s'agir d'actes médicaux primaires simples, à accomplir avec le soutien indispensable à tous points de vue, notamment pour ce qui est des conseils techniques, de la supervision et de la possibilité de diriger les malades vers des échelons plus élevés de l'organisation sanitaire.

La médecine simplifiée a donc pour objectif d'offrir des prestations sanitaires de base aux populations rurales par l'action d'infirmières auxiliaires faisant partie du système des services de santé, qui assurent de façon permanente la supervision et la formation de ces infirmières ainsi que la possibilité de diriger les malades vers les établissements appropriés. Les éléments essentiels des prestations offertes sont les suivants :

1) Promotion de la santé : services élémentaires de santé maternelle et infantile, éducation sanitaire et assainissement.

2) Protection de la santé, principalement par les vaccinations.

3) Restauration de la santé : sous forme de premiers soins ou d'une action thérapeutique simplifiée.

4) Enregistrement des faits d'état civil.

5) Surveillance de certaines maladies comme le paludisme et la tuberculose.

Les infirmières auxiliaires travaillent à l'échelon périphérique dans les dispensaires des régions rurales et leur action s'étend à des groupes plus ou moins importants de population (de 500 personnes à quelques milliers, selon la dispersion de la population).

La sélection des candidates à la formation d'infirmière auxiliaire est soumise à des critères :

1) Elles doivent être vénézuéliennes ou résider de façon permanente dans la localité.

2) Elles doivent être agréées par les autorités locales.

3) Elles doivent être âgées de 18 à 40 ans.

4) Elles doivent avoir suivi l'école primaire pendant six ans.

Le manuel d'instructions sert de base au programme de formation des infirmières auxiliaires. Cet important ouvrage doit régir leurs activités. Il donne des instructions détaillées sur les actes de médecine préventive et curative à accomplir et sur les cas où il est indispensable de renvoyer le malade à un échelon plus élevé des services. Le manuel autorise le traitement d'affections primaires courantes facilement identifiables comme la diarrhée du nourrisson et précise le traitement à donner sous forme de régime alimentaire et de médicaments dont l'administration est sans danger. Il enseigne aux infirmières les premiers soins à prodiguer en cas d'accident en attendant l'arrivée du médecin. Il leur assigne pour mission de donner une instruction aux sages-femmes locales et d'enseigner aux familles de la localité comment

protéger l'enfant, de la naissance à l'âge scolaire et au-delà. Il les engage à collaborer avec le personnel auxiliaire dans d'autres domaines tels que l'enseignement, l'agriculture et la protection sociale. Il signale que la vaccination peut être inefficace si elle est mal pratiquée ou si les moyens de conservation des vaccins font défaut.

Il a été décidé dès le début que la formation porterait davantage sur les erreurs à ne pas commettre que sur les actes à accomplir. En d'autres termes, l'enseignement doit être essentiellement orienté vers "la pratique", c'est-à-dire l'acquisition du minimum de savoir théorique et de connaissances pratiques indispensables pour :

1) Identifier les maladies (ou syndromes) facilement reconnaissables et les plus communes en milieu rural.

2) Appliquer des mesures simples de promotion, de protection et de restauration de la santé en suivant des directives très clairement précisées, de manière à éviter les erreurs.

3) Agir en collaboration avec d'autres personnes intéressées au progrès de la collectivité (enseignants, visiteurs démonstrateurs, agents de la police, etc.).

Le stage se tient dans un centre de santé de district et jamais dans une capitale d'Etat, ce qui risquerait de produire sur les élèves un effet de déracinement. Le personnel enseignant est composé d'infirmières diplômées spécialement formées à cette tâche. Le directeur du centre de santé de district est chargé de la surveillance technique et, en collaboration avec d'autres membres du personnel de santé du district, il donne des cours et organise des réunions de groupes et des démonstrations de traitement. L'enseignement a un caractère essentiellement pratique et l'enseignement théorique se borne aux indications figurant dans le manuel. Les élèves n'apprennent pas à pratiquer les accouchements, mais seulement à seconder la sage-femme locale en veillant à l'observation des règles d'hygiène. Le nombre des élèves admises à un stage de formation d'une durée de quatre mois ne dépasse généralement pas le chiffre de 12.

La surveillance est exercée par le moyen de :

1) Visites périodiques (ordinairement toutes les semaines ou tous les 15 jours) du médecin attaché au poste médical rural ou au centre de santé dont le dispensaire relève.

2) Visites périodiques de la personne chargée, à l'échelon régional, de la surveillance des infirmières. Au Venezuela, l'expérience montre qu'il est préférable que ce soit un infirmier diplômé et non une infirmière, car il est obligé de se déplacer beaucoup, de passer la nuit dans des villages dotés d'un confort rudimentaire et de rester sur place tout le temps voulu, parfois plusieurs jours, pour évaluer correctement le travail de l'infirmière auxiliaire et corriger, le cas échéant, les fautes commises. Il est indispensable que la formation initiale reçue par l'infirmière auxiliaire soit complétée par une formation en cours d'emploi, ce qui est un des objectifs de la surveillance exercée par l'infirmier. La fréquence de ses visites est variable selon les circonstances; on peut estimer qu'elles ont lieu en moyenne tous les trois mois.

Au Venezuela, la plupart des dépenses des services de santé sont couvertes par les autorités nationales et celles des Etats. Quelques municipalités apportent également des contributions, mais elles sont négligeables. Un des objectifs du programme de médecine simplifiée est d'encourager une participation plus active des collectivités locales. Les soins médicaux étant gratuits, il n'est pas fait appel aux collectivités pour le financement des services à l'échelon local, mais elles contribuent par exemple à la construction et à l'équipement des dispensaires ainsi qu'à l'entretien et aux dépenses courantes des bâtiments.

Annexe VII

Résumé succinct des résultats obtenus

A la fin de 1973, 315 dispensaires dans 12 Etats différents (sur 23 grandes divisions administratives) étaient dotés d'infirmières auxiliaires formées aux activités de médecine simplifiée. Ces dispensaires desservent environ 280 000 habitants des régions rurales (sur une population rurale totale de 2,3 millions d'habitants). Le programme se développe lentement et est étendu progressivement d'un Etat à un autre. Parmi les 12 Etats dans lesquels est pratiquée la médecine simplifiée, dans un ou deux Etats, la couverture des populations rurales est élevée.

Les infirmières auxiliaires pratiquant la médecine simplifiée procèdent couramment aux vaccinations les plus nécessaires ainsi qu'au dépistage de la tuberculose et du paludisme. Les futures mères font l'objet d'une surveillance pour déceler d'éventuelles anomalies de la grossesse et elles sont envoyées si besoin est au médecin rural. On encourage l'accouchement à l'hôpital, particulièrement pour les primipares. Les sages-femmes locales se réunissent périodiquement au dispensaire pour avoir des entretiens et pour compléter leurs trousses. Les infirmières auxiliaires apprennent aux accoucheuses traditionnelles à opérer dans de bonnes conditions d'hygiène. Les enfants sont soumis à des contrôles réguliers en ce qui concerne les vaccinations, le poids, l'alimentation, etc. Ceux qui donnent des signes de malnutrition reçoivent une alimentation d'appoint. Il en est de même pour les femmes enceintes, auxquelles sont également distribués des comprimés à base de fer.

Un des principaux objectifs du programme est d'assurer des soins médicaux élémentaires. L'infirmière auxiliaire donne un traitement (notamment à l'aide de pénicilline, de sulfamides et d'autres médicaments de base) dans tous les cas pour lesquels elle peut établir le diagnostic (par exemple diarrhée, dysenterie, pneumonie). Elle ne doit pas aller plus loin. Elle envoie très souvent les malades au centre de santé le plus proche ou au médecin rural. Les dispensaires n'ont aucun moyen de transport, bicyclette ou auto. Les visites à domicile se font à pied.

Une éducation sanitaire est donnée dans les dispensaires et également dans le cadre des visites à domicile, des cours spéciaux destinés aux mères, des clubs d'enfants et des réunions de la communauté.

Le programme n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation approfondie en ce qui concerne la couverture des populations, l'utilisation des services de l'étude des coûts et profits. Il serait très difficile, sinon impossible, d'évaluer l'importance du rôle de la médecine simplifiée car, dans les régions rurales, de nombreux autres facteurs ont également contribué pour une large part à modifier le niveau de vie des populations. Il est malaisé de mesurer les résultats du programme au moyen d'indices sanitaires et de statistiques car on n'a pas de données suffisantes sur la situation présente, ni sur celle qui a précédé l'implantation des services de médecine simplifiée. Une enquête sanitaire et une étude en profondeur sont nécessaires pour pouvoir évaluer à l'aide d'indicateurs sanitaires le degré de réussite du programme. Un accord a été signé récemment entre le Ministère de la Santé et le Centre de Recherches pour le Développement international (Canada), afin de procéder à une analyse de l'expérience de médecine simplifiée faite depuis dix ans au Venezuela. Ces travaux seront exécutés par l'Ecole de Santé publique de l'Université du Venezuela.

On espère pouvoir ainsi répondre à trois grandes questions : quelle est l'efficacité des services dispensés ? Quelles sont les réactions des collectivités desservies ? Quel est le coût exact du programme ?

ANNEXE VIII

PROJET DE JAMKHED - INDE

Le projet de Jamkhed est un projet de santé rurale totale conçu pour satisfaire les besoins sanitaires de base d'une population rurale de 40 000 personnes en utilisant principalement les ressources locales.

Le projet a commencé à fonctionner vers la fin de 1970 dans l'agglomération de Jamkhed du district d'Ahmednagar, à environ 400 kilomètres au sud-est de Bombay. La région est agricole, pauvre et mal irriguée, et elle a souffert de trois années consécutives de sécheresse.

Le projet fonctionne en coopération étroite avec le réseau de services sanitaires de l'Etat. Les 30 villages couverts sont situés à une assez grande distance du centre de santé primaire des services de l'Etat. Dans quatre de ces villages fonctionnent des centres secondaires de l'Etat dotés d'infirmières/sages-femmes auxiliaires; le projet collabore étroitement avec ces centres secondaires et a un centre qui reçoit les sujets envoyés pour des activités de planification familiale et des actes médicaux ou chirurgicaux qui ne peuvent être assurés par les centres secondaires.

Le principal objectif du projet est de satisfaire les besoins sanitaires de base de la population en assurant les services suivants.

1. Santé maternelle et infantile

   a) Soins prénatals et périnatals, soins lors de l'accouchement, protection du nourrisson et de l'enfant, planification familiale.

   b) Vaccination des enfants et des mères (variole, diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite, BCG).

   c) Prévention, dépistage et correction de la malnutrition.

   d) Education de la collectivité et action pour l'inciter à couvrir elle-même ses besoins nutritionnels.

2. Education sanitaire dans la collectivité.

3. Diagnostic et traitement des maladies simples courantes.

4. Urgences médicales et chirurgicales.

5. Prévention, dépistage et traitement de maladies chroniques comme la tuberculose et la lèpre.

6. Prévention et traitement de la cécité.

7. Promotion de l'hygiène de l'environnement par l'approvisionnement en eau de boisson saine.

Le projet de Jamkhed a un centre qui est capable d'assurer toutes les activités énumérées ci-dessus.

Afin d'atteindre vite et aux moindres frais les objectifs fixés, on a adopté les principes suivants.

1. Large participation de la collectivité.

2. Mise en route d'un programme de formation et emploi d'assistantes sanitaires de village.

Annexe VIII

3. Développement de l'agriculture a l'appui du programme de nutrition.

4. Approvisionnement en eau de boisson saine par le forage de puits profonds munis de pompe à main dans les villages les plus pauvres.

5. Organisation de consultations-dispensaires à des moments fixés en fonction des activités de la collectivité et non aux moments habituels.

6. Education sanitaire. Elle est considérée comme un élément important du projet. Elle est faite en employant des aides audio-visuels tels que flanellographes, pancartes, spectacles de marionnettes et projections. La collectivité a participé à cette activité en fournissant des collaborateurs doués de talents d'acteur. On a organisé une exposition éducative itinérante qui va de village en village. On fait de l'éducation sanitaire de masse au moyen de spectacles de marionnettes. Après les spectacles, les assistantes sanitaires de village s'entretiennent avec de petits groupes de villageois. L'éducation sanitaire est orientée en vue de sensibiliser la population à divers problèmes de santé et de l'initier à la façon de les résoudre.

Plan de développement général

Les autorités sanitaires locales ont lancé des programmes de développement pour améliorer la qualité de la vie.

Parmi les activités agricoles figure l'élevage des moutons. On a fait venir 300 béliers sélectionnés pour améliorer le troupeau local. On a organisé un centre d'insémination artificielle pour les bovins. Des subventions individuelles de 1000 roupies ont été attribuées à 20 personnes pour entreprendre l'élevage de la volaille. On a commencé à exploiter un moulin à huile et à exécuter un projet d'amélioration des semences, mais la sécheresse a obligé à y renoncer.

L'Etat a accordé des prêts au logement à 8 % d'intérêt, remboursables en 20 ans, mais beaucoup de personnes n'ont pu en profiter faute de posséder le capital initial exigé.

Les autorités locales ont fixé l'ordre de priorité suivant en matière de développement :

a) Approvisionnement en eau pour l'expansion de la production agricole

b) Extension du réseau de distribution d'électricité pour l'alimentation des pompes d'irrigation

c) Travaux routiers pour améliorer les communications entre les villages

d) Bâtiments :

1) Centres de santé primaires; centres de planification familiale
2) Magasins à céréales
3) Ecoles
4) Autres constructions.

Administration du projet

Le projet est dirigé par un organe directeur composé d'un président, d'un secrétaire, d'un trésorier et de quatre autres membres. Les deux médecins travaillant au projet en sont membres de droit. La profession infirmière y est représentée, de même que le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Asie du Sud-Est. L'organe directeur approuve la politique générale et le budget, et nomme le directeur du projet, qui exerce la direction technique et administrative du projet avec le concours d'un comité consultatif composé de dirigeants locaux et de représentants des divers groupes de la collectivité. Le comité

consultatif siège une ou deux fois par an. Il a un groupe de travail restreint qui se réunit tous les deux ou trois mois.

On veille soigneusement à ce que les différents groupes qui composent la collectivité - partis politiques et castes - soient représentés au comité consultatif formé par les dirigeants locaux. Le responsable de la zone de développement (fonctionnaire de l'Etat) est membre de droit du comité consultatif. Ses membres doivent agir en tant que véritables représentants de la communauté.

Structure du projet

Un système de responsabilité à trois échelons a été établi et deux équipes de santé ont été mises sur pied. Un premier échelon de contact avec la collectivité est constitué par l'assistante sanitaire de village, qui est choisie par la collectivité, ce qui assure une communication efficace avec les villageois. Habitant dans le village même, elle en connaît les problèmes, elle aide à dépister les groupes cibles qui doivent être visés en priorité, elle dispense une éducation sanitaire, elle administre les premiers secours et elle travaille avec l'équipe de santé lors des visites porte-à-porte. L'assistante sanitaire de village reçoit une formation en cours d'emploi, outre une instruction pendant deux jours par semaine au centre principal, à Jamkhed. Son salaire est d'une roupie par jour.

Le deuxième échelon est constitué par l'infirmière principale, l'assistante sociale médicale, l'infirmière/sage-femme auxiliaire, les techniciens de la lèpre et les techniciens de laboratoire. Les membres de ce deuxième échelon supervisent le travail de l'assistante sanitaire de village. Ils vont dans chaque village une fois par semaine, procèdent à des visites à domicile pour dépister les cas de malnutrition et de maladies transmissibles (lèpre et tuberculose), pour surveiller les futures mères et les mères allaitantes et identifier les couples qui pourraient pratiquer la planification familiale. On organise périodiquement des causeries de promotion sanitaire (avec emploi d'aides audio-visuels et notamment de films) et d'autres activités comme des programmes de vaccination. Les membres de l'équipe de santé reçoivent une formation en cours d'emploi dans le cadre de l'équipe. Chacun a un rôle spécifique à jouer dans l'action sanitaire. L'enseignement est axé sur les priorités du projet. Des praticiens ayurvédiques et des homéopathes exercent de leur côté dans la région, mais la plupart collaborent activement avec le projet et deux médecins ayurvédiques ont été intégrés dans ses équipes de santé.

Le troisième échelon est représenté par les deux médecins, dont les tâches sont principalement d'administration, d'encadrement et de formation, et qui assurent le fonctionnement quotidien du centre principal de Jamkhed, seul établissement médical de la région, ainsi que celui des 30 centres secondaires du projet.

Les deux médecins ont appliqué fermement leur décision de consacrer 30 % de leur temps aux services curatifs, 30 % aux activités de santé publique, 20 % aux tâches d'encadrement, 10 % à la formation et 10 % à leur propre perfectionnement : c'est là un facteur particulièrement important du succès avec lequel le projet a pu assurer une protection sanitaire totale.

Financement

Le budget du projet s'est élevé au total à 520 000 roupies. Il était couvert pour 70 % par le paiement des soins et par une subvention de l'Etat pour les activités de planification familiale, et pour 30 % par des dons. On espère qu'en 1975 le projet sera financièrement indépendant. Les services curatifs absorbent 30 % du budget et les programmes préventifs et promotionnels en absorbent 60 %. Les 10 % qui restent sont la part des activités administratives et de formation.

Annexe VIII

Orientation et exécution du projet

Lors de la mise en route du projet, les principaux problèmes de santé dans la région étaient ceux que posaient les taux élevés de croissance démographique et de mortalité des nourrissons et des enfants. Les cas de maladies chroniques comme la tuberculose et la lèpre et les cas de malnutrition étaient également fréquents. Les moyens de soins étaient médiocres et l'eau manquait. Les activités agricoles étaient réduites.

Le projet a été lancé avec un minimum de ressources. Il a commencé à fonctionner en collaboration étroite avec les "dais" (accoucheuses traditionnelles), les praticiens indigènes et les responsables de l'exécution des programmes publics de développement.

L'objectif initialement fixé était de ramener le taux de natalité de 40 à 30 pour 1000 en six ans et, en même temps, de réduire de 50 % le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. On devait en outre dépister et traiter les cas de tuberculose et de lèpre, assurer une protection sanitaire primaire à la collectivité et organiser la formation de personnel auxiliaire.

Afin d'assurer une couverture sanitaire de base à peu de frais, les innovations suivantes ont été adoptées :

1. Assurer un soutien de l'agriculture au programme de nutrition.

2. Approfondir les puits pour l'irrigation et l'approvisionnement en eau de boisson saine.

3. Employer les recettes tirées des services curatifs pour soutenir les programmes d'action sanitaire promotionnelle et préventive.

4. Former et employer des assistantes sanitaires de village.

5. Obtenir la participation de la collectivité à la prise de décisions et son aide pour le fonctionnement du système de protection sanitaire totale.

6. Incorporer dans le projet les praticiens indigènes, les praticiens ayurvédiques et les dais.

On a organisé des enquêtes porte-à-porte pour obtenir les données de référence démographiques, de morbidité et de mortalité qui devaient permettre d'évaluer les résultats obtenus par le projet en fonction des objectifs fixés. Chacun des 30 villages de la zone couverte reçoit au moins une fois par mois la visite de l'équipe de santé mobile.

Soutien de l'agriculture au programme de nutrition

Le projet a pleinement tenu compte des besoins ressentis par la population. Pour pouvoir exécuter son programme de nutrition, le projet lui assure un soutien de l'agriculture en prêtant des tracteurs et d'autres machines aux cultivateurs pour qu'ils puissent labourer et cultiver des terres qui resteraient en jachère. Le projet reçoit en échange la moitié des récoltes grâce à quoi il peut poursuivre le programme de nutrition. Ce programme bénéficie aussi de l'aide apportée par un poulailler et une petite laiterie qui fournissent des oeufs et du lait.

Des programmes d'alimentation d'appoint ont été organisés dans 20 villages, où ils fonctionnent à plein. En 1973, 1200 enfants ont reçu un repas normal tous les matins.

La nutrition a posé un problème majeur pendant la sécheresse; les enfants, les futures mères, les mères allaitantes et les tuberculeux ont reçu une alimentation de complément.

Le programme de nutrition ne bénéficie d'aucune assistance extérieure; ses ressources lui suffisent entièrement.

Approfondissement des puits pour l'irrigation et l'approvisionnement en eau de boisson saine

La sécheresse a affecté gravement la production agricole. En 1973, on a approfondi 15 puits pour préserver, par l'irrigation, les 150 hectares de terres de la collectivité.

Le manque d'eau de boisson saine est un important facteur de morbidité. En 1973, on a installé 21 puits instantanés dans autant de villages, grâce à la participation active des communautés intéressées.

Emploi d'assistantes sanitaires de village

Par le projet de santé rurale totale, on cherche à employer les méthodes de protection sanitaire qui conviennent le mieux aux besoins et aux ressources de la région.

Au premier échelon du système se trouve, comme il a été dit plus haut, l'assistante sanitaire de village, qui est membre de la collectivité et est en contact étroit et permanent avec les autres villageois. Elle est l'agent de liaison entre la collectivité et l'infirmière et les autres travailleurs sanitaires, dont la formation a été plus poussée. La délégation des responsabilités au membre de l'équipe le plus subalterne capable de s'en acquitter d'une manière satisfaisante est un moyen de remédier à l'insuffisance des effectifs et des ressources financières.

On a constaté l'existence d'un fossé culturel entre le travailleur sanitaire éduqué à la ville et la population rurale illettrée. Bien souvent, un malade, après avoir entendu les conseils du médecin ou de l'infirmière, accepte plus volontiers ceux du gardien ou du balayeur illettré du centre de santé. C'est qu'il se reconnaît en quelqu'un qui est illettré et qu'il se sent plus proche de lui que de personnes instruites comme le médecin ou l'infirmière. On a constaté le cas d'une infirmière formée à la ville et qui, durant un séjour de plusieurs mois dans un village, n'a pas pu persuader une seule femme de se laisser faire une salpingectomie. Cependant, une daï illettrée du même village a pu, durant le même temps, amener 75 femmes à accepter l'opération. Considérant ces attitudes, on a estimé que la meilleure manière de s'introduire dans la collectivité pour lui apprendre à accepter de nouvelles méthodes et modifier ses attitudes était de faire appel à des femmes lui appartenant.

Ainsi, dans un autre cas, une assistante sanitaire de village a pu, en un laps de temps relativement court, persuader 200 femmes d'accepter des soins prénatals et 100 femmes de se faire faire une salpingectomie. Cette même assistante peut surveiller les tuberculeux et les lépreux et les inciter à suivre régulièrement le traitement offert par le dispensaire.

On demande à la collectivité intéressée de trouver en elle-même des femmes qui voudraient travailler avec l'équipe de santé. En général, ce sont des femmes sans responsabilités domestiques qui se présentent volontairement. Elles vont au centre de santé de Jamkhed le samedi et le dimanche et suivent des cours réguliers sur divers sujets du domaine de la santé, faits par les médecins, les infirmières et les agents paramédicaux. Ces femmes étant très souvent illettrées, la plus grande partie de l'enseignement se fait à l'aide de pancartes et de figures. On met l'accent sur les cinq objectifs prioritaires du projet et l'on explique quel est le rôle de l'assistante sanitaire de village. Chaque leçon commence par le résumé de l'enseignement de la semaine précédente et continue par une discussion sur l'application des connaissances acquises au travail dans le village. On enseigne également aux futures assistantes à se servir des pancartes qu'elles utiliseront dans leurs activités promotionnelles.

La formation de huit assistantes par cette méthode est en cours et les résultats obtenus paraissent très encourageants.

Annexe VIII

Participation de la collectivité

Dès le début, la participation de la collectivité a été considérée comme un élément indispensable de l'exécution du projet. La population de Jamkhed est pauvre et mal logée et n'a ni électricité, ni eau courante. Pourtant, elle a fourni de modestes locaux pour les activités du projet et son personnel, et elle a offert des terres et des bâtiments non seulement à Jamkhed mais aussi dans les villages. Partout, la communauté aide bénévolement à la préparation des aliments pour le programme de nutrition. En outre, elle participe aux travaux routiers qui auront pour effet d'assurer aux équipes de santé un meilleur accès aux villages. Une organisation de jeunes recueille du sang tant pour le centre de santé que pour les villages et joue un rôle particulièrement actif quand il s'agit de mobiliser la population pour les vaccinations ou d'autres activités de santé publique. La collectivité participe non seulement à la mise en oeuvre du programme, mais aussi au processus de prise de décisions. Elle éprouve fortement le sentiment que le centre de santé et tout le système de services sanitaires font partie d'un système auquel elle appartient, et considère comme siens tous les problèmes du projet. La collectivité éprouve un fort sentiment de participation.

L'incorporation au projet de praticiens indigènes auxquels on adresse certains malades représente un net avantage pour la collectivité. Des praticiens ayurvédiques sont membres du personnel du projet et, dans les villages, l'équipe collabore très étroitement avec les praticiens ayurvédiques locaux.

RESULTATS OBTENUS

Le projet de santé rurale totale a atteint en grande partie ses objectifs en un temps relativement court, malgré la sécheresse qui a sévi pendant deux ans dans la région. Cette sécheresse a apporté une difficulté supplémentaire mais qui a été surmontée. Les secteurs d'activité dans lesquels des résultats ont été obtenus sont les suivants.

1. Vaccination de masse (DCT, BCG et poliomyélite). Des programmes de vaccination de masse sont organisés régulièrement pour les enfants de moins de cinq ans. Le BCG est administré jusqu'à 20 ans, car la tuberculose représente un problème majeur.

2. Dépistage et traitement de la lèpre et de la tuberculose. Ces activités connaissent un développement continu. On observe un nombre de "deuxièmes consultations" en accroissement constant, ce qui est sans doute le résultat des efforts efficaces d'éducation sanitaire déployés parmi les malades. Le nombre des cas nouveaux de lèpre et de tuberculose diminue légèrement, ce qui tient probablement aux activités de dépistage entreprises précédemment dans l'année plutôt qu'à une réduction de la morbidité.

3. Planification familiale et protection de la famille. Il est manifeste que des progrès rapides ont été réalisés en un an dans ce domaine.

4. Augmentation du nombre des "deuxièmes consultations". Cette augmentation s'observe de mois en mois pendant toute l'année. Le nombre des "deuxièmes consultations" avait doublé au milieu de l'année et a continué à augmenter au deuxième semestre. On ne sait pas quel est le nombre des femmes qui se sont présentées une deuxième fois; si on le savait, on pourrait en tirer des conclusions sur l'efficience des soins prénatals. Le nombre des "premières consultations" accuse des variations mensuelles avec une tendance légère, mais nette, à l'augmentation au cours de l'année. La connaissance du nombre des femmes enceintes ou du nombre des naissances permettrait d'analyser plus avant l'effet de l'éducation sanitaire parmi les femmes et d'évaluer l'adéquation des soins prénatals.

5. En ce qui concerne la prévention de la grossesse, le nombre des nouvelles adeptes des contraceptifs oraux a varié de 10 à 20 par mois et a atteint entre 50 et 60 en juin et en juillet. Le nombre des femmes pratiquant déjà la contraception orale est passé de 290 en

janvier à 480 en décembre. De grands progrès ont incontestablement été réalisés entre 1971 et la fin de 1973, mais la couverture de la population féminine à cette dernière date n'était pas encore suffisante et n'atteignait pas également tous les groupes de population. En 1973 on observait, parmi les femmes pratiquant la contraception, un pourcentage plus élevé de mères de deux ou trois enfants, soit que l'idée de la taille optimale de la famille se répande grâce à l'éducation sanitaire, soit que les mères de cet âge soient plus réceptives en matière de conseils de santé. Il faudrait disposer de renseignements sur la répartition de la population féminine selon la parité pour analyser plus avant les problèmes qui se posent et poursuivre le développement des services de planification familiale. La salpingectomie a été pratiquée dans la plupart des cas sur des mères de deux, trois ou quatre enfants. Il n'y a pas eu à cet égard de variations appréciables durant les deux dernières années; le nombre des femmes demandant à subir une salpingectomie n'a pas augmenté considérablement et il n'y a pas eu en général de changements importants de 1971 à 1973 parmi les mères en ce qui concerne leur parité.

6. Une alimentation d'appoint a été donnée à 1200 enfants et la situation s'est améliorée énormément en ce qui concerne l'approvisionnement en eau et l'irrigation. On a construit 15 puits pour l'irrigation et 18 puits qui fournissent une eau de boisson saine. Au cours du premier semestre de 1973, les services curatifs suivants ont été assurés : consultants externes 4040; "deuxièmes consultations" 5580; malades hospitalisés 627.

CONCLUSIONS

Il paraît clair qu'en ce qui concerne les activités visées par la présente étude le projet a donné des résultats remarquables. Il a permis, en un temps très court, de fournir à la population cible des services sanitaires primaires. Ces services ont été intégrés efficacement avec des activités entreprises pour répondre aux besoins de la population en matière de production agricole et d'approvisionnement en eau. La collectivité utilise tous les services largement et avec enthousiasme, et elle contribue à leur financement.

Cette réussite paraît due à divers facteurs. Un des plus importants est le fait que le projet est fondé sur la reconnaissance, en particulier par les dirigeants du projet, de l'ordre de priorité fixé par la collectivité. Pour la collectivité, la santé n'occupe pas le premier rang; l'agriculture, l'approvisionnement en eau et le logement passent avant. C'est pourquoi les dirigeants du projet ont entrepris une action énergique sur le plan de l'agriculture, se sont procuré un tracteur pour le donner en location aux cultivateurs et ont aidé à créer un poulailler et une laiterie et à mettre à exécution des plans d'irrigation. Il semble bien que dans le cas d'une communauté comme celle dont il s'agit, de bas niveau économique et de faible revenu par habitant, les médecins et les services sanitaires doivent adopter l'ordre de priorité de la collectivité pour réaliser leurs objectifs sanitaires.

Grâce à l'emploi efficace de la méthode de l'équipe de santé, avec délégation de responsabilité au membre de l'équipe le moins qualifié qui soit capable de s'acquitter d'une tâche particulière, la couverture complète devient une réalité. La prise de conscience de la collectivité en ce qui concerne ses besoins sanitaires est également un important facteur de la réussite.

Enfin, l'immense dévouement de l'équipe de santé et la direction dynamique assurée par les deux médecins, dont l'initiative et les efforts ont été à l'origine du projet, ont grandement contribué à son succès total.

ANNEXE IX

UTILISATION DE SECOURISTES-HYGIENISTES DE VILLAGES ET DE MATRONES RECYCLEES DANS LE DEPARTEMENT DE MARADI (NIGER)

Informations générales

Le département de Maradi est situé dans la zone de savane prédésertique. Il compte quelque 700 000 habitants, dont environ 11 % de nomades (Peuhls et Touaregs) et 88 % de Hausas sédentaires, vivant sur un territoire d'environ 35 500 km^2. Le taux d'accroissement de la population est estimé à 2,7 %. Administrativement, le département est divisé en six arrondissements et une commune. Son réseau routier est très peu développé. L'économie locale est principalement agricole.

Le taux de mortalité globale est estimé à 27 pour 1000 et le taux de mortalité infantile se situe entre 250 et 300 pour 1000 naissances. La malnutrition est courante chez les enfants au sevrage et les conditions d'hygiène ne sont pas satisfaisantes. Les principales causes de morbidité sont les maladies infectieuses et parasitaires : paludisme, troubles gastro-intestinaux, conjonctivites et infections de la peau. L'infrastructure sanitaire du département de Maradi comprend : la direction des services départementaux de santé, l'hôpital départemental, une équipe mobile départementale (formée de deux escouades chargées l'une de la vaccination et l'autre du dépistage des maladies); le service de santé urbain de la ville de Maradi et six circonscriptions médicales d'arrondissement. Le service de santé urbain et les circonscriptions sont financièrement autonomes, c'est-à-dire que les dépenses afférentes aux activités sanitaires sont couvertes par le budget local et non par le budget national.

Dans ces diverses zones, il existe 17 dispensaires ruraux, trois centres médicaux (centres de santé) disposant au total de 82 lits et trois maternités (32 lits). Le rapport lit/population est de 1 lit pour 6000 habitants si l'on ne tient pas compte du service de santé urbain de Maradi. Le prochain plan quinquennal de développement (1975-1979) prévoit l'élargissement de cette infrastructure par la construction d'un dispensaire rural, de trois centres médicaux (60 lits au total) et de trois maternités (24 lits au total). Le secteur privé n'est représenté que par une léproserie et un dispensaire rural.

Le personnel des services de santé publique locaux comprend huit médecins (dont quatre à l'hôpital de Maradi, trois exerçant dans le département mais résidant en ville, un à Tessaoua), un dentiste (qui travaille à l'hôpital de Maradi), trois sages-femmes (dont deux travaillent à l'hôpital et une dans le département), 24 infirmiers diplômés (dont six à l'hôpital et les autres dans le département), 57 infirmiers certifiés et 16 infirmiers auxiliaires. Du fait de la répartition inégale du personnel de santé, il n'y a dans les zones rurales qu'un médecin pour 170 000 habitants et un infirmier ou infirmier auxiliaire pour 9430 habitants. La zone d'influence des dispensaires ruraux ne dépasse pas un rayon de 10 à 15 km.

L'action des services de santé atteint moins de 15 % des malades existants, de sorte que 80 à 85 % d'entre eux se soignent eux-mêmes ou avec l'aide des guérisseurs traditionnels. Cette insuffisance de la couverture sanitaire est due non seulement à une infrastructure déficiente mais aussi à l'attitude passive du personnel de santé. La plupart des infirmiers de dispensaire attendent que les malades viennent se présenter. De plus, les notions de médecine préventive en sont restées au stade théorique et la protection maternelle et infantile ainsi que l'éducation sanitaire font rarement partie des activités habituelles des infirmiers. Ce manque d'intérêt et cette inertie de la part du personnel infirmier sont dus apparemment à son ignorance des problèmes locaux de santé publique et au fait que sa formation a été orientée presque exclusivement vers l'action curative.

Annexe IX

Extension de la protection sanitaire aux populations rurales

Bien que la couverture assurée à la population soit encore insuffisante, la situation locale a été améliorée considérablement par diverses activités entreprises à cette fin. La stratégie adoptée et appliquée progressivement consiste :

- à améliorer la couverture sanitaire par une action d'information menée conjointement par les services d'animation rurale,[1] les services de l'enseignement et de l'alphabétisation et les services de santé, avec l'appui du parti politique;
- à confier l'application des mesures de protection sanitaire aux équipes de santé villageoises (formées, par exemple, de secouristes-hygiénistes bénévoles, de matrones et de guérisseurs traditionnels);
- à orienter les auxiliaires sanitaires vers la protection de la santé rurale en leur donnant une formation pratique en matière de soins sanitaires généraux et en les faisant participer effectivement aux activités d'éducation et de surveillance et aux activités techniques.

Cette stratégie est appliquée exclusivement par du personnel national. Cette application implique des efforts continus dans le domaine de la recherche et de la communication avec la population locale. Elle repose sur :

- une étude et une connaissance approfondies des conditions sociales, culturelles et économiques des régions visées;
- l'organisation de groupes multisectoriels en vue de l'examen des problèmes de santé locaux et des moyens à employer pour y faire face aux moindres frais; dans ces groupes multisectoriels, des représentants de haut niveau des services de santé, du développement rural, de l'alphabétisation et de l'enseignement ainsi que du parti politique au pouvoir participent aux discussions qui sont présidées par la plus haute autorité administrative (le sous-préfet ou le préfet);
- un contact continu avec la population rurale, visant à l'informer et à la sensibiliser pour l'amener progressivement à s'intéresser davantage à l'action de santé et à y participer directement.

Le contact maintenu avec la population par l'entremise des services du développement rural et des services de santé doit permettre :

a) d'expliquer les objectifs du nouveau plan de participation de la collectivité et le rôle qui incombera aux villageois;

b) de faire désigner par les villageois eux-mêmes les secouristes-hygiénistes de village;

c) d'installer à leur poste les secouristes-hygiénistes de village et les matrones une fois leur formation achevée;

d) de recycler chaque année les secouristes-hygiénistes de village afin de maintenir ou d'élever le niveau de leurs connaissances.

---

[1] Services d'animation rurale : organisme administratif, technique et éducatif (généralement rattaché au Ministère du Développement (secteur rural) mais parfois au Ministère de l'Education) qui s'efforce de faire participer volontairement la population aux activités de développement rural.

Annexe IX

Les secouristes-hygiénistes de village et les pharmacies de village

Le soin de choisir les secouristes-hygiénistes de village est laissé aux villageois eux-mêmes, à condition que certaines conditions de base soient remplies. Notamment, les candidats doivent être prêts à travailler bénévolement, ils doivent vivre dans le village et ils doivent suivre les cours de formation nécessaires.

La formation a un caractère essentiellement pratique et elle est dispensée aux villageois désignés par la collectivité au cours de stages d'une durée de dix jours. Ces stages sont organisés au dispensaire ou centre de santé le plus proche par l'infirmier qui en a la charge, avec l'aide de l'infirmier en chef responsable de la circonscription médicale. Les cours portent sur les matières suivantes : notions générales d'hygiène, soins élémentaires et d'urgence et renvoi de certains cas aux services appropriés, maladies épidémiques, éducation sanitaire (et nutritionnelle), soins d'hygiène élémentaires, assainissement, enregistrement sur les cahiers de soins.

Le principal objectif est de prévenir les complications chez les malades ou blessés en attendant leur transfert et d'envoyer à des centres sanitaires mieux équipés ceux qui ne peuvent être traités avec les moyens élémentaires disponibles. Un autre objectif est l'amélioration des conditions de vie dans le village lui-même par l'organisation de l'évacuation des eaux usées et du nettoyage des villages et par d'autres mesures du même genre.

En matière de protection de la santé, l'information continue de la population et des équipes sanitaires de village est assurée par l'infirmier auxiliaire responsable du dispensaire ou centre de santé le plus proche, dans le cadre des fonctions de surveillance stricte et régulière qui lui incombent. De son côté, cet infirmier bénéficie de l'appui de ses supérieurs.

Tous les ans, les secouristes-hygiénistes de village déjà en fonctions suivent des cours de recyclage de dix jours dans lesquels on se propose d'introduire progressivement de nouvelles matières se rapportant aux besoins sanitaires locaux, en expliquant par exemple comment on peut combattre la malnutrition ou préparer des aliments de sevrage. Le droit d'inscription à ces cours est d'environ 1500 Fr. CFA (US $6) par personne et couvre la presque totalité des dépenses de nourriture pendant les dix jours du stage.

L'expérience montre de façon tout à fait positive que les secouristes-hygiénistes de village ayant suivi les cours de formation sont capables de traiter des patients souffrant des maladies les plus répandues dans la région telles que le paludisme, les affections diarrhéiques et certaines maladies de la peau et des yeux, et de soigner des blessures superficielles. En vue des soins qu'ils sont appelés à dispenser, on leur remet de petites quantités de certains médicaments de base : un antiseptique, un collyre pour les conjonctivites, des comprimés de chloroquine, d'aspirine et de guanidine. Certains de ces médicaments sont vendus au patient à bas prix selon un tarif fixe et le produit des ventes est utilisé pour réapprovisionner la pharmacie. D'autres médicaments, par exemple le mercurochrome, l'argyrol et le bleu de méthylène, sont distribués gratuitement.

La première allocation de médicaments est payée sur le budget de la circonscription. Les frais de réapprovisionnement de la pharmacie sont couverts par les paiements des villageois et les médicaments nécessaires sont fournis par l'infirmier du dispensaire de rattachement qui est chargé de la surveillance des activités sanitaires dans le village. Le produit des ventes de médicaments dans un village s'élève en moyenne à 500 Fr. CFA (US $2) par mois. Il y a lieu de noter qu'il existe dans chaque village un "comité de gestion" qui s'occupe des questions d'administration relatives à l'activité du secouriste-hygiéniste de village et à la gestion de sa pharmacie. Les trois membres de ce comité reçoivent une formation en trois jours. Le

président du comité aide à régler toutes les questions financières et le trésorier assure le contrôle du stock de la pharmacie, achète de nouveaux médicaments et comptabilise les opérations financières. Comme le secouriste-hygiéniste de village exerce ses fonctions à titre bénévole, il ne reçoit aucune rétribution pour l'assistance sanitaire qu'il dispense, mais les villageois assurent son entretien (principalement en lui fournissant des denrées alimentaires). En outre, il est probable que les villageois lui font des cadeaux, conformément à la tradition.

Réalisations et perspectives

A la fin de 1973, 109 villages du département de Maradi étaient desservis par 218 secouristes-hygiénistes de village.

En 1973, 136 129 consultations ont été données dans 88 villages par les secouristes-hygiénistes de village (21 villages n'ont pas fourni de rapports). Ces consultations représentent 12,8 % de toutes celles qui ont été données dans le département de Maradi par le personnel des formations sanitaires existantes.

Les ressources que peuvent fournir les services de santé locaux permettront de donner une extension raisonnable et planifiée au projet de façon à y ajouter 30 villages par an en formant 60 secouristes-hygiénistes de village et en créant 30 pharmacies de village.

Un aspect intéressant du projet est sa répercussion sur la formation, la mobilisation et la motivation du personnel de santé, principalement de l'infirmier auxiliaire responsable d'un dispensaire. Comme il est chargé de surveiller l'activité des secouristes-hygiénistes de village, il est amené à accroître ses connaissances et à prendre une part plus active au travail; il devient un moniteur au lieu de rester le simple distributeur de médicaments qu'il était auparavant.

Le projet ne se développe que lentement en raison de la modicité des ressources financières et de la pénurie de personnel auxiliaire d'encadrement. L'idéal serait que deux infirmiers auxiliaires soient affectés à chaque dispensaire afin que l'activité des secouristes-hygiénistes de village puisse être contrôlée régulièrement - une fois ou même deux fois par mois - et qu'en même temps le dispensaire puisse continuer à accueillir les patients du voisinage.

La lente extension du projet exige que des changements radicaux soient apportés à la stratégie du développement de l'ensemble des services de santé. La formation du personnel et une utilisation adéquate des ressources financières visant à éviter qu'elles ne soient affectées qu'aux établissements sanitaires existants posent des problèmes non encore résolus.

Recyclage des matrones

Traditionnellement, le rôle de la matrone était strictement limité et elle se bornait à enterrer le placenta et à donner les soins les plus élémentaires à l'enfant et à la mère.

Des enquêtes faites localement ont montré que dans le département de Maradi le taux de mortalité était élevé parmi les mères et les enfants, malgré l'aide des matrones, pendant et après l'accouchement, en raison soit de complications gravidiques soit d'infections négligées ou non traitées.

Pour remédier à cette situation et encore grâce aux efforts conjugués des services du développement rural, de l'enseignement et de la santé, il a été décidé qu'une certaine formation serait donnée aux matrones pour leur permettre d'améliorer leurs prestations et notamment d'intervenir plus activement, même avant l'accouchement, en appliquant des normes d'hygiène plus strictes, en renvoyant les cas difficiles aux centres de santé ou aux maternités et en assurant l'enregistrement des nouveau-nés. Le choix des matrones qui suivront les cours de

Annexe IX

recyclage s'effectue sensiblement de la même façon que le choix des secouristes-hygiénistes de village. Les matrones font un stage de 15 jours dans la maternité d'un centre de santé ou dans l'hôpital rural de la circonscription.

La formation est essentiellement pratique et porte sur toutes les phases de l'accouchement (y compris les soins prénatals et postnatals). Les cours de formation visent à diminuer la mortalité infantile, à améliorer les normes d'hygiène observées pendant l'accouchement, à enseigner à la mère des principes de nutrition applicables pendant la grossesse et pendant la période de sevrage, à assurer le mieux possible l'enregistrement statistique des naissances et à remédier à la pénurie de maternités.

A la fin du cours, les stagiaires subissent un examen et seules les plus capables sont retenues en vue d'une affectation. On leur remet alors une trousse de sage-femme (type FISE) contenant quelques médicaments et un équipement de base. Le contrôle de l'activité des matrones recyclées et le renouvellement des médicaments qui leur sont confiés sont effectués généralement une fois par mois par l'infirmier du dispensaire le plus proche. Les frais de stage des matrones sont d'environ 4620 Fr. CFA (US $21), équipement et fournitures compris. Jusqu'à présent, le FISE a pris à sa charge la plus grande part de ces frais.

En pratique, et pour le moment, le travail de la matrone recyclée commence au moment de l'accouchement. Le plus frappant des résultats obtenus est l'amélioration des conditions d'hygiène dans lesquelles l'accouchement a lieu. L'activité des matrones recyclées se traduit aussi par une modification graduelle des pratiques traditionnelles pendant la période de sevrage.

Bien qu'en principe la matrone exerce ses fonctions bénévolement, il est d'usage de lui faire un cadeau après chaque accouchement. L'importance du cadeau dépend des conditions et traditions locales.

Réalisations et perspectives

En 1973, 1071 accouchements ont eu lieu dans le département de Maradi avec l'aide des 241 matrones recyclées travaillant dans la région. Ce nombre d'accouchements représente 28 % de ceux qui ont eu lieu dans le département. Le nombre des femmes qui ont dû être dirigées vers des établissements hospitaliers s'est élevé à 65. Le fait le plus marquant est l'amélioration spectaculaire des conditions d'hygiène dans lesquelles les accouchements ont lieu. En outre, quelques matrones recyclées ont déjà commencé à jouer un rôle plus actif dans les consultations prénatales et postnatales organisées dans quelques dispensaires ou maternités.

Les plans pour 1974 prévoient la formation de 91 matrones (pour 32 villages). On s'efforcera d'une part de choisir des femmes plus jeunes qui soient néanmoins acceptables par la population et qui auront probablement de meilleures capacités d'assimilation, et d'autre part d'élargir le champ d'activité des matrones recyclées.

L'extension du projet de recyclage des matrones est lié aussi à la capacité de surveillance des dispensaires et centres de santé. Une aide et un appui beaucoup plus importants pourraient être obtenus si les moyens mis à la disposition des équipes mobiles départementales pouvaient être développés ou si l'on pouvait créer des équipes mobiles à l'échelon de l'arrondissement.

Education sanitaire et éducation nutritionnelle

Grâce encore aux efforts conjugués des services du développement rural, de la santé et de l'enseignement, on a créé un atelier départemental qui soutient l'action des secouristes-hygiénistes de village et des matrones recyclées en leur fournissant un matériel élémentaire (par exemple des flanellogrammes ou des brochures) en vue de leurs activités, dans le cadre de leurs fonctions, en matière d'éducation sanitaire et d'éducation nutritionnelle. Les

enseignants et d'autres agents reçoivent également cet équipement et participent aux mêmes activités. L'éducation nutritionnelle porte principalement sur les problèmes du sevrage, pour lesquels il faut trouver des solutions peu onéreuses faisant usage de produits d'origine locale.

Possibilité d'extension du système à d'autres départements

Le système des secouristes-hygiénistes de village, des pharmacies de village et des matrones recyclées a été décrit brièvement. Les résultats obtenus sont dus au travail d'équipe intersectoriel qui a permis d'éveiller l'intérêt des villageois et d'obtenir leur participation active à l'action sanitaire. L'extension du système à d'autres départements de la République du Niger est proposée et il est question d'évaluer ses perspectives de développement sur le plan national.

Pour que le même système puisse être appliqué ailleurs, il faut avant tout vaincre certains obstacles qui peuvent être écartés ou tout au moins réduits et parmi lesquels le moindre n'est pas la difficulté de créer un état d'esprit favorable dans les centres de décision à l'échelon intermédiaire et à l'échelon central. Le développement du système est entravé par le fait que les besoins en main-d'oeuvre continuent à s'accroître ainsi que par d'autres difficultés d'ordre financier. On a grand besoin de moyens de transport, d'équipement, de fournitures et de médicaments, malgré toute l'aide fournie par le FISE dans ce domaine. L'expérience montre que le système doit permettre d'assurer une meilleure couverture de la population rurale, à condition que le programme soit établi de façon réaliste et rationnelle et qu'on tienne bien compte des conditions régnant dans chaque village. Il faut aussi pouvoir compter sur la participation continue des équipes multisectorielles spécialement créées pour faciliter le développement des collectivités.

ANNEXE X

LA MEDECINE AYURVEDIQUE

I. Introduction

A travers les âges, l'homme a élaboré des moyens de soigner les malades de la collectivité en s'inspirant de la connaissance que celle-ci avait des origines et des causes de la maladie.

Avant la découverte des bactéries, la maladie était attribuée soit à des causes surnaturelles, auquel cas elle était considérée comme étant la manifestation du mécontentement de divinités ancestrales et de mauvais esprits, soit à la magie noire. Ces croyances subsistent dans de nombreuses collectivités peu évoluées de pays en voie de développement et des guérisseurs indigènes accomplissent des rites d'exorcisation compliqués en faveur de personnes atteintes d'affections physiques ou mentales. Dans ces collectivités, les maladies ont été divisées en trois grandes catégories : celles qui peuvent être guéries par la médecine indigène, celles qui peuvent l'être par la médecine moderne, et celles qui guérissent spontanément et ne relèvent d'aucun des deux systèmes.

Il n'existe donc pas de lacune dans la conception des soins de santé. Cependant, malgré le soutien psychologique qu'ils apportent au malade, les soins dispensés peuvent être inefficaces dans une large mesure, voire dangereux, faute de connaissances médicales et scientifiques et de compétences et de ressources techniques.

D'autre part, certains aspects de l'approche clinique classique de la médecine scientifique moderne sont parfois, en particulier dans les pays en voie de développement, faussés, incomplets et, en fait, potentiellement préjudiciables à la collectivité, parce qu'il n'est pas tenu compte des facteurs socio-culturels.

A cet égard, les grandes traditions des médecines arabe, chinoise et hindoue présentent de l'importance; une analyse de ces traditions est nécessaire aux fins de la sociologie médicale; elle peut aussi aider à résoudre le problème pratique de l'amélioration des soins de santé, notamment en assurant la couverture sanitaire totale d'un groupe de population donné.

En 1948 a été publié le rapport d'un comité chargé d'étudier les systèmes indigènes de médecine en Inde (ce comité avait été constitué en 1946). Ce rapport portait sur l'historique de l'Ayurvédisme, ou médecine hindoue (y compris la médecine Sidha), ainsi que sur le système indigène Unani Tibbi. L'Ayurvédisme passe pour être pratiqué depuis plus de 3000 ans. Son histoire est divisée en quatre périodes : 1) la période védique, 2) la période des recherches originales ou période classique, 3) une période de récapitulation des méthodes des Rasa Tantras et des Sidhas, et 4) une période de stagnation suivie d'une nouvelle récapitulation. L'Ayurvédisme a atteint son apogée au cours des deuxième et troisième périodes. Des traités de médecine ont alors été composés concernant notamment l'anatomie, la gynécologie, l'obstétrique (y compris l'opération césarienne et les opérations de destruction du foetus) et la chirurgie (y compris la lithotomie et la rhinoplastie). Des dissections étaient pratiquées. Les personnes atteintes de maladies infectieuses étaient isolées. L'immunité était connue des anciens Hindous et l'anesthésie par inhalation était employée. Les principes de la diététique étaient familiers aux praticiens qui les appliquaient dans le traitement des malades.

Au début de l'ère chrétienne, l'Ayurvédisme s'était largement propagé et avait influencé les systèmes de médecine de l'Egypte, de la Grèce, de Rome et de l'Arabie. On savait procéder à diverses interventions chirurgicales (abaissement du cristallin, réduction des fractures) et il était courant d'opérer les blessés de guerre. L'avènement du pouvoir musulman entraîna l'implantation en Inde du système Unani, ou système arabe, qui fut utilisé concurremment avec l'autre pour le bien des populations. Les pratiques chirurgicales de l'Europe occidentale

furent introduites après l'établissement de la domination britannique en Inde, ce qui contribua à affaiblir l'influence de la médecine ayurvédique. A la fin du XIXème siècle, les systèmes indigènes avaient cessé de se développer et leur application était en grande partie le fait de personnes n'ayant ni les qualifications ni les compétences voulues pour exercer la médecine ayurvédique.

Selon le rapport du comité, bien que les systèmes ayurvédique et Unani eussent cessé de se développer, ils méritaient une étude plus approfondie qui permettrait peut-être de nombreux apports de valeur à la science médicale moderne.

En 1827, des cours de médecine ayurvédique ont été organisés au Government Sanskrit College de Calcutta. Ces cours ont été interrompus en 1835 et un établissement d'enseignement de la médecine occidentale a été fondé à Calcutta. De même que le service médical colonial dans ses premières années, la formation et les prestations assurées étaient principalement destinées à la communauté dirigeante expatriée. Cela a entraîné une réaction, en particulier de la part des nationalistes indiens, et à la suite de tentatives sporadiques de réhabilitation des systèmes ayurvédique et Unani, des gouvernements de provinces se sont intéressés à leur renouveau. En 1920, le Congrès national indien a adopté une résolution déclarant qu'étant donné l'utilité fréquente et généralement reconnue des systèmes ayurvédique et Uanani en Inde, il convenait de déployer des efforts résolus pour multiplier les écoles, collèges et hôpitaux enseignant et appliquant ces systèmes indigènes.

Quelques gouvernements de provinces et d'Etats ont essayé d'utiliser la médecine hindoue pour assurer des soins médicaux dans les régions rurales. Des écoles et des collèges spécialisés ont été ouverts à Madras, à Bombay, à Delhi, au Bengale et dans d'autres Etats, l'objectif étant de former des praticiens capables d'exercer la médecine hindoue tout en leur inculquant de bonnes connaissances pratiques de médecine moderne, de façon qu'ils puissent fournir à la population rurale une assistance médicale complète. On espérait ainsi promouvoir des travaux de recherche et intégrer en fin de compte le système hindou et le système scientifique moderne, les équipes de santé devant comprendre des médecins, des spécialistes de l'éducation physique, des techniciens de l'assainissement, des physiothérapeutes, des infirmières et des sages-femmes.

De l'avis du comité, tous les différents systèmes (Ayurvédisme, système Unani, médecine occidentale, homéopathie, etc.) avaient pris pour objet de préserver la santé ainsi que de prévenir et de guérir les maladies et devraient tous être convenablement étudiés pour le bien de l'humanité et fondus en un seul système de protection sanitaire. Des systèmes distincts de médecine hindoue et de médecine moderne n'ont pas été envisagés dans le rapport, bien que le comité ait disposé de renseignements indiquant que la médecine hindoue, malgré sa stagnation relative, permettait encore d'assurer des soins médicaux à plus de 80 % de la population.

A la suite des recommandations formulées par ce comité en 1948 et par des comités institués ultérieurement, le Central Council of Indian Medicine a été créé par le Gouvernement de l'Inde en 1971. Ses principales fonctions sont les suivantes : a) reconnaissance des qualifications en médecine hindoue, b) établissement de normes minimales pour l'enseignement de la médecine hindoue, c) tenue d'un registre central des praticiens. Ses travaux ont progressé rapidement. Il a déjà mis au point des normes minimales en matière d'enseignement universitaire ainsi qu'un programme d'études pour les écoles de médecine hindoue. Des normes minimales et des programmes d'études pour l'enseignement postuniversitaire ont également été élaborés.

II. Médecine ayurvédique : science et philosophie

1. Ancienne méthode d'étude

Le système de l'ancienne médecine hindoue, l'Ayurvédisme, s'est développé dans le riche contexte des principes sociaux, culturels et philosophiques qui ont prévalu en Inde pendant la période allant de 600 avant Jésus-Christ à la fin du VIIème siècle de l'ère chrétienne. Les

Annexe X

trois grands auteurs, Charaka, Sushruta et Vagbhata, ont été fortement influencés par les philosophes Sankhya et Yoga de cette époque. Ces auteurs ont traité de façon très approfondie non seulement des maladies du corps, mais aussi des problèmes psychosomatiques. La philosophie de l'Ayurvédisme peut nous aider à comprendre les différents troubles psychosomatiques qui se produisent chez l'homme ainsi que les méthodes adoptées pour les traiter.

Principes fondamentaux

Selon les principes de l'Ayurvédisme, l'être humain est un microcosme, qui se compose, comme l'univers, de cinq éléments de base - terre, eau, feu, air et éther. Toutefois, dans un organisme humain, la vie ne dépend pas uniquement de ces cinq éléments, mais également du fonctionnement normal des organes sensoriels, de l'esprit et de l'âme. En conséquence, selon l'Ayurvédisme, si l'on veut étudier la médecine, il faut appréhender l'homme dans son ensemble et tenir compte de sa constitution psychosomatique.

Selon l'Ayurvédisme, toutes les structures et les fonctions de l'organisme sont contrôlées par trois humeurs : Vata, Pitha et Kapha. Dans chaque individu, l'une des trois prédomine, aboutissant ainsi à un type précis de constitution psychosomatique. Les êtres humains héritent leur constitution physique de leurs parents et, selon que telle ou telle humeur l'emportera au moment de la conception, elle prédominera dans leur organisme. Bien que la constitution physique puisse dans une certaine mesure subir l'influence de l'environnement physique et psychologique, elle reste essentiellement la même pendant toute la vie de l'individu.

Dans le système ayurvédique, trois principaux types de constitution physique ont été décrits en fonction de la prédominance de l'une des trois humeurs; ils correspondent respectivement aux types ectomorphe, mésomorphe et endomorphe de Sheldon. En outre, il peut y avoir chez une personne une combinaison de deux humeurs ou un équilibre des trois, ce qui porte à sept le nombre total des types de constitution physique.

Les caractéristiques essentielles des trois principaux types sont les suivantes.

Constitution Vata (ectomorphe neurotrope ou à prédominance d'acétylcholine) : une personne dotée de cette constitution est habituellement mince et a un tempérament très instable. En général, elle réagit rapidement à un stimulus et remue souvent les yeux, les mâchoires, la langue, la tête, les épaules, les mains et les pieds sans raison définie. Elle est très bavarde et manifeste facilement de la crainte, de la colère, de la sympathie ou de l'antipathie. Elle saisit vite et oublie tout aussi rapidement. Ses cheveux et ses poils sont épais et rêches. Des dents et ses ongles sont généralement inégaux, ses mains et ses pieds rugueux. De telles personnes sont sujettes à des troubles fonctionnels tels que nervosité excessive, insomnie et tremblements, ainsi qu'aux troubles provoqués par les stress : ulcère gastro-duodénal, colite ulcéreuse, etc.

Constitution Pitha (mésomorphe, ou à prédominance de catécholamine) : un homme doté de cette constitution a un corps modérément musclé et charpenté et est courageux et fort. Il a un bon appétit et accomplit rapidement des travaux physiques. Ses cheveux et ses poils sont généralement clairsemés et fins et il devient chauve à un âge précoce. Exposé à une légère agression, il présente généralement des symptômes intéressant l'appareil circulatoire tels que pouls précipité, forte augmentation de la pression sanguine, palpitations ou autres signes cardiaques. Si elles sont soumises à des stress, de telles personnes seront probablement atteintes d'hypertension et de thrombose des coronaires à un âge relativement jeune.

Constitution Kapha (endomorphe, sécréteur d'histamine) : un homme doté de cette constitution a habituellement un corps massif et lourd, un visage rond et lisse et des membres arrondis. Il agit et parle généralement avec lenteur. Sa démarche et ses gestes sont également lents, de même que ses variations d'humeur. Il a d'ordinaire un bon appétit et prend ses repas

avec plaisir. Il est généralement prédisposé au diabète sucré et aux manifestations allergiques telles que l'asthme, la rhinite et l'eczéma. Il risque aussi d'être atteint d'arthrite et de fibrosite, qui pourront le rendre infirme à un âge relativement jeune. Il n'est pas émotif et se met rarement en colère.

En outre, il peut y avoir chez un individu combinaison de deux des types principaux si deux des trois humeurs prédominent. L'intéressé présentera un mélange des caractéristiques ci-dessus selon les humeurs qui prédomineront dans son organisme.

Le processus de la maladie

Selon l'Ayurvédisme, une maladie survient quand un dérèglement causé par des interactions soit excessives, soit insuffisantes, affecte les humeurs (Vate, Pitha et Kapha) ou les éléments psychiques (Satwe, Rajas et Tamas).

L'activité des trois humeurs de l'organisme peut augmenter ou diminuer sous l'influence de divers facteurs prédisposants. Au premier stade, une quantité excessive d'humeurs est sécrétée dans différentes régions du corps. Au deuxième stade, les humeurs accumulées se répandent dans l'organisme. Au troisième stade, elles circulent, séparément ou conjointement, dans tout l'organisme et sont la cause des symptômes généraux de la maladie. Au quatrième stade, les humeurs se localisent dans un organe ou dans une région du corps et engendrent des symptômes déterminés selon la structure et la fonction des organes ou des tissus affectés. Au cinquième stade, la maladie se manifeste dans un organe donné et, au sixième, ou bien elle se résorbe dans un organe particulier, ou bien elle forme une lésion ulcérative qui permet à toutes les humeurs viciées de s'évacuer. A ce stade, le processus morbide prend généralement fin; sinon, il s'ensuit une inflammation chronique.

La compréhension du processus de la maladie permet d'administrer un traitement approprié par élimination, par exemple au moyen d'émétiques ou de purgatifs. Quand cela n'est pas possible, les humeurs viciées doivent être neutralisées par oxydation ou par conjugaison avec des produits relativement peu toxiques qui sont ensuite éliminés dans l'urine ou les fèces.

Lorsqu'il s'agit d'une maladie épidémique telle qu'une variole grave, la constitution physique individuelle ne peut jouer aucun rôle dans la lutte contre l'infection massive. C'est le processus morbide qui prédomine et, la constitution n'intervenant pas, des différences très faibles se présentent d'un individu à l'autre en ce qui concerne le cours de la maladie. En fait, il y a une certaine uniformité quant aux signes cliniques et aux constatations de laboratoire; ainsi qu'on le voit dans le cas de diverses fièvres éruptives. En revanche, lorsqu'il s'agit de maladies chroniques, l'organisme peut opposer une résistance qui est fonction de sa vigueur; il y aura donc des différences dans les symptômes et dans l'évolution de la maladie.

III. Pratique de la médecine ayurvédique

Nous connaissons encore très mal les troubles psychosomatiques et les troubles dus au stress qui deviennent de plus en plus fréquents. Par suite, il n'a pas été possible de prévenir l'incidence croissante d'affections telles que la thrombose des coronaires, l'hypertension, l'ulcère gastro-duodénal, etc., ni de les combattre efficacement. Il est donc de toute évidence nécessaire de les étudier sous un angle différent, par exemple en recourant à une approche psychosomatique intégrée comme celle de l'Ayurvédisme.

Dans l'Ayurvédisme, de même que dans la médecine moderne, la pratique médicale comporte deux grands aspects : a) l'aspect préventif et b) l'aspect curatif.

Annexe X

1. Mesures préventives

Les mesures préventives appliquées en médecine ayurvédique sont de trois ordres : i) hygiène personnelle et sociale; ii) emploi de méthodes de rajeunissement pour lutter contre la sénescence et la décrépitude; iii) pratique du yoga pour parvenir à la tranquillité de l'esprit et à une complète relaxation physique.

i) Hygiène personnelle et sociale

L'Ayurvédisme recommande de mener une vie quotidienne réglée en se levant de bonne heure le matin et en se conformant à certaines habitudes afin de conserver une bonne santé physique et mentale. Après s'être déchargé les intestins et lavé les dents, on doit exécuter tous les jours des exercices de yoga, suivis d'un bain et de prières, s'alimenter rationnellement et consacrer un temps adéquat au travail, au repos et au sommeil. Ces règles quotidiennes sont modifiées et ajustées selon le pays, les conditions climatiques et le milieu dans lequel la personne vit. En outre, le comportement en société ne doit pas être de nature à porter atteinte à la santé physique ou mentale d'autrui.

ii) Méthodes de rajeunissement

Deux méthodes sont décrites : "Rasayana", ou rajeunissement, et "Vajukarana", ou utilisation d'aphrodisiaques. Pour atteindre les objectifs visés, plusieurs médicaments et autres moyens ont été préconisés. La méthode Rasayana a pour principal objet 1) de prévenir la sénescence et d'accroître la longévité, 2) d'améliorer la mémoire et l'intelligence, 3) d'accroître l'immunité et la résistance de l'organisme à la maladie et à la décrépitude, 4) d'améliorer l'apparence et la vitalité du corps, et 5) de conserver une vigueur optimale au corps et aux organes sensoriels.

Il existe de nombreuses plantes bien connues qui peuvent être administrées séparément ou en association pendant une période prolongée afin de provoquer les effets désirés. Outre l'utilisation de médicaments, on peut recourir à certains exercices et à d'autres moyens pour conserver une bonne santé physique et mentale. Le yoga est généralement pratiqué à cet effet.

iii) Pratique du yoga

Le terme "yoga" signifie "union" et ses adeptes affirment que la pratique continue du yoga permet de maintenir une union parfaite du corps, de l'esprit et de l'âme et de parvenir à la sérénité.

Selon l'individu, il faut choisir certains exercices de yoga, par exemple, quelques postures, quelques exercices de respiration, puis un exercice de méditation. Une telle séquence ne prend pas plus de 30 minutes et peut trouver place soit le matin, soit le soir, au gré de chacun.

Une étude faite récemment sur des volontaires, qui se sont livrés à diverses postures et divers exercices de respiration pendant six mois, a montré que leur capacité vitale avait augmenté sensiblement tandis que le rythme de la respiration et le nombre des pulsations du coeur par minute avaient diminué. A la fin de la période expérimentale de six mois, le poids des volontaires avait notablement baissé, de même que leur glycémie et leur cholestérolémie. Les excrétions urinaires de corticoïdes et de testostérone avaient augmenté. La capacité mémorienne s'était améliorée et la nervosité avait diminué.

Des volontaires qui ont pratiqué la méditation présentaient une diminution importante du cortisol plasmatique, des corticoïdes urinaires et de l'azote urinaire. D'autre part, ils présentaient un accroissement sensible du taux des différentes neurohormones et des enzymes

correspondantes dans le sang. Ces constatations indiquent qu'après avoir pratiqué la méditation, les sujets étaient physiquement stables et en "bonne forme" et mentalement très actifs. Le yoga peut donc se montrer un moyen efficace de conserver une bonne santé, tant physique que mentale.

De même, il a été observé que la pratique régulière du yoga aidait les malades à surmonter les premiers stades de l'asthme, du diabète sucré et de la thyréotoxicose et de l'hypertension.

2. Les traitements curatifs en médecine ayurvédique

La médecine ayurvédique comporte quatre principaux aspects curatifs : i) usage interne de médicaments, ii) application externe de préparations médicinales, iii) interventions chirurgicales, et iv) traitement par des méthodes psychosomatiques.

i) Usage interne de médicaments

L'administration de médicaments joue un rôle important dans le traitement. On y recourt principalement pour éliminer de l'organisme les facteurs de maladie, y compris les humeurs viciées, en provoquant des vomissements, en purgeant, ou en utilisant différents types de lavements et d'inhalations. Ces méthodes d'élimination sont dans toute la mesure possible appliquées avant de commencer une thérapeutique médicamenteuse prolongée, un traitement de rajeunissement, ou même un traitement chirurgical.

Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde chronique peut être considéré comme un exemple de traitement conforme aux principes ayurvédiques. Dans cette maladie, toutes les humeurs deviennent viciées et s'installent dans les articulations, grandes et petites. Afin de freiner ce processus, on applique diverses méthodes d'élimination, puis on institue une thérapeutique médicamenteuse spécifique, au moyen par exemple de la gomme de guggulu et de ses préparations.

Le second type de traitement vise à neutraliser les humeurs viciées grâce à des médicaments, à un régime, et à une physiothérapie appropriés. A cet effet, les textes ayurvédiques décrivent un grand nombre de préparations minérales, biologiques et à base de plantes qui doivent être utilisées séparément ou en diverses combinaisons selon leurs propriétés pharmacodynamiques. On peut citer à titre d'exemple le traitement de l'hémiplégie après un accident cérébrovasculaire. En pareil cas, les praticiens de l'Ayurvédisme emploient des médicaments spécifiques qui stimulent la régénération des nerfs périphériques. La noix vomique purifiée et d'autres substances ayant des propriétés analogues sont administrées pendant de longues périodes. Les préparations se présentent le plus souvent sous la forme de poudres, d'extraits liquides, de teintures, de décoctions et de comprimés. Ces dernières années, de nombreuses tentatives ont été faites pour normaliser les préparations ainsi que pour isoler les principes actifs. La Rauwolfia serpentina figure parmi les remèdes dont les principes actifs ont été largement utilisés dans le monde entier. De nombreuses substances analogues ont été étudiées dans divers centres et il est certain que d'autres médicaments utiles seront découverts dans un proche avenir.

Outre les traitements médicamenteux, l'Ayurvédisme accorde beaucoup d'importance au régime alimentaire. Une grande variété de préparations diététiques ont été jugées très utiles pour le maintien du bon état nutritionnel des patients pendant leur maladie. Par exemple, après le début d'une gastro-entérite aigue chez un enfant, le médecin moderne conseille en général l'administration immédiate de liquides par voie parentérale. Par contre, le médecin ayurvédique essaie de préserver l'équilibre des liquides chez l'enfant en évaluant soigneusement la quantité de liquide à ingérer et en administrant un traitement antiémétique et antidiarrhéique approprié. Il recommande l'absorption de certains liquides tels que le petit-lait, l'eau de riz bouillie et le lait de coco frais. Il recommande également certains jus de fruit ayant des propriétés astringentes comme le jus de pomme et le jus de grenade. La consommation de lait est interdite dans des cas de ce genre.

Annexe X

Les textes ayurvédiques décrivent ainsi des traitements applicables à tous les types de maladies aiguës et chroniques. Les traitements ayurvédiques actuels apparaissent très efficaces dans le cas de troubles chroniques du métabolisme tels que le diabète sucré, l'athérosclérose et les maladies par surcharge lipidique. De même, les diverses formes d'arthrite, de maladies gastro-intestinales et de maladies des voies urinaires, l'asthme, les allergies, certaines dermatoses, les maladies nerveuses chroniques et certains troubles mentaux peuvent relever du traitement ayurvédique. De nombreuses personnes atteintes de maladies qui ne cèdent pas facilement aux traitements modernes ont largement bénéficié de l'utilisation des méthodes thérapeutiques de l'Ayurvédisme.

En revanche, l'Ayurvédisme n'offre pas de méthodes efficaces de traitement pour des cas d'urgence tels qu'un ulcère gastro-duodénal avec perforation. Face à un cas de ce genre, la responsabilité du médecin ayurvédique consiste à poser rapidement un diagnostic correct et à envoyer le malade chez un spécialiste pour qu'il reçoive le traitement nécessaire. Il est indispensable que les médecins ayurvédiques soient suffisamment compétents pour reconnaître ces cas d'urgence et prendre sans délai les dispositions voulues.

ii) Application externe de remèdes

L'Ayurvédisme prescrit aussi un grand nombre de remèdes à usage externe qui se présentent sous forme de pâtes, d'huiles médicinales pour massage, de bains médicinaux, de gargarismes et de poudres. L'efficacité des huiles médicinales pour le traitement de certaines maladies des articulations et pour celui de certains troubles neuromusculaires est bien connue.

Le traitement des brûlures par des applications externes spécifiques est également très au point. Dans les cas de brûlures superficielles, on applique des onguents à base de jus de papaye afin de provoquer un débridement progressif des tissus dévitalisés et morts. Lorsque ce processus est terminé et que les tissus à granulation saine apparaissent, l'application locale d'un ghee médicinal préparé à partir de la fleur de jati favorise la cicatrisation. Dans les cas de brûlures profondes, ce traitement s'accompagne d'une greffe épidermique pour remplacer les tissus perdus.

iii) Traitement chirurgical

Les textes ayurvédiques décrivent de façon très détaillée divers cas relevant de la chirurgie et leur traitement. Ils énumèrent notamment différents types de fracture en précisant les principes à suivre pour les traiter. Ils indiquent aussi comment pratiquer des interventions palliatives dans divers cas : calculs des voies urinaires, hémorroïdes, fistules, goitre, adéno-lymphite, hernie, hydrocèle, etc. De nombreuses opérations plastiques, telles que la rhinoplastie et l'otoplastie, sont décrites en détail, de même que le traitement ambulatoire de la fistule anale au moyen de fils corrosifs de préférence à l'excision du canal fistuleux qui exige l'alitement pendant plusieurs jours et comporte le risque d'une infection secondaire.

iv) Traitement psychosomatique

Si des traitements ont été décrits pour différentes maladies, le médecin ayurvédique est toujours tenu d'individualiser sa thérapeutique pour ce qui est des médicaments et de leurs ingrédients, de leur dosage, du régime alimentaire et du repos, en tenant compte de la constitution psychosomatique de chaque malade ainsi que la prédominance de telle ou telle humeur viciée pendant l'évolution de la maladie. En cas de trouble psychiatrique, certaines prières et offrandes sont faites aux dieux afin d'atténuer l'influence pernicieuse des mauvais esprits sur le malade et sa famille.

Annexe X

3. Statut des praticiens de l'Ayurvédisme

L'Inde compte actuellement environ 50 000 praticiens diplômés d'établissements d'enseignement et environ 150 000 praticiens immatriculés mais n'ayant pas suivi les cours d'un établissement qui exercent la médecine hindoue. Les praticiens diplômés se servent également de médicaments modernes, surtout pour les cas graves. Les populations rurales préfèrent généralement les médicaments ayurvédiques. La plupart des médecins ayurvédiques résident dans des villages et restent très proches de la population sur le plan social et culturel. Ils sont aussi à même d'acquérir l'entière confiance de la collectivité et, malgré tous les progrès récents de la médecine, les praticiens ayurvédiques demeurent très appréciés et très respectés, en particulier dans les régions rurales de l'Inde.

Il existe des différences importantes dans les niveaux de rémunération des prestations assurées par ces médecins ayurvédiques, la consultation coûtant de 2 à 10 roupies (0,25-1,2 dollar des Etats-Unis) selon le type de formation que le médecin a reçue. La plupart des médecins ayurvédiques traditionnels ont suivi un enseignement de base en sanscrit avant d'étudier l'Ayurvédisme. Les praticiens de l'Ayurvédisme "pur" sont formés dans un établissement d'enseignement pendant quatre ans après l'examen de fin d'études secondaires, alors que ceux de l'Ayurvédisme "intégré" le sont pendant quatre ans et demi à cinq ans après l'examen intermédiaire de Bachelor of Science (B.Sc.), tout comme les diplômés de médecine moderne qui ont le titre de Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery.

Environ 10 % des médecins ayurvédiques diplômés et immatriculés sont employés par les autorités publiques dans des dispensaires ayurvédiques ruraux. Toutefois, dans la plupart des Etats, leurs honoraires et leur statut sont bien inférieurs à ceux des diplômés de médecine moderne. De nombreux médecins ayurvédiques préfèrent donc exercer à titre privé dans les régions rurales.

Les gouvernements des Etats et le gouvernement central entretiennent environ 9000 dispensaires ayurvédiques et 195 hôpitaux qui assurent à la population des prestations essentiellement conformes au système hindou de médecine. Ces dispensaires et hôpitaux emploient généralement des médecins ayurvédiques formés dans des établissements d'enseignement.

Les praticiens de l'Ayurvédisme sont divisés en quatre grandes catégories.

A) Les diplômés de médecine ayurvédique "intégrée" qui ont étudié la médecine moderne et la médecine ayurvédique et qui exigent le même statut à tous égards que les diplômés de médecine moderne. L'Inde en compte environ 7000.

B) Les praticiens de l'Ayurvédisme "pur" qui ont des connaissances élémentaires en médecine moderne. Après l'examen de fin d'études secondaires, ils reçoivent généralement une formation d'une durée de quatre ans dans l'une des écoles de médecine ayurvédique. Ils soignent le plus souvent leurs malades au moyen de médicaments ayurvédiques, mais dans les cas graves ils peuvent également utiliser des médicaments modernes. L'Inde compte environ 43 000 praticiens de ce type qui exercent pour la plupart à titre privé dans de petites collectivités rurales.

C) Il y a aussi quelque 150 000 médecins ayurvédiques traditionnels qui n'ont suivi les cours d'aucun établissement mais ont obtenu leur titre en passant divers examens organisés par des écoles de médecine ayurvédique. Ils acquièrent également une expérience pratique en faisant un apprentissage auprès d'un médecin ayurvédique réputé pendant une période de quatre à cinq ans. Ces praticiens sont immatriculés séparément et ne sont autorisés à exercer que la médecine ayurvédique. Il est hors de doute qu'on pourrait les utiliser plus efficacement pour assurer des soins aux collectivités rurales s'ils recevaient une formation additionnelle en médecine moderne et en santé publique.

Annexe X

D) Enfin, il existe dans les villages environ 200 000 praticiens de l'Ayurvédisme qui n'ont aucun titre officiel et ne sont pas immatriculés auprès des conseils de médecine hindoue des Etats. Il s'agit de personnes qui ont acquis leurs connaissances et leur expérience auprès de membres plus âgés de leur propre famille ou d'autres médecins ayurvédiques avec lesquels ils ont travaillé pendant un certain temps. Etant donné l'insuffisance de l'enseignement qu'ils ont reçu, il n'est pas réaliste d'envisager de les intégrer dans les services généraux de santé. Toutefois, dans certains cas, une réorientation serait éventuellement possible et utile. L'accoucheuse traditionnelle (dai) pourrait être classée dans cette catégorie.

Révision du programme de formation

Une centaine d'écoles de médecine ayurvédique ont été fondées en Inde et ont jusqu'ici formé environ 50 000 diplômés. La plupart de ces médecins ont non seulement une bonne connaissance de base de la médecine ayurvédique, mais aussi une connaissance pratique suffisante des sciences médicales modernes. Si des cours de perfectionnement de brève durée étaient organisés à leur intention, ces praticiens pourraient devenir tout à fait aptes à répondre aux besoins immédiats des populations rurales en matière de soins médicaux primaires.

Il est évident que la solution définitive des problèmes de santé qui se posent aux pays en voie de développement réside dans une formation entièrement intégrée qui englobe les principes essentiels de la médecine indigène et ceux des sciences médicales modernes, afin que les praticiens puissent desservir les populations rurales avec efficacité et discernement pour un coût relativement peu élevé.

Formation postuniversitaire

L'Université hindoue de Bénarès a mis sur pied le système d'enseignement médical postuniversitaire intégré décrit ci-après.

Le College of Ayurveda, créé à l'Université dès 1927, a établi un programme de formation intégrée de cinq ans en médecine hindoue et en médecine et chirurgie modernes menant initialement au diplôme d'A.M.S., ensuite à celui d'A.B.M.S. (Ayurveda Bachelor of Medicine and Surgery). La formation portait sur tous les domaines de la science médicale, mais le cours universitaire d'ayurvédisme a été interrompu en 1960 par suite du refus des gouvernements des Etats et du gouvernement central de reconnaître l'équivalence de l'A.B.M.S. et du M.B., B.S. Toutefois, l'importance de la médecine hindoue a été pleinement reconnue et un cours de formation postuniversitaire en médecine hindoue a été institué en 1963 au College of Medical Sciences de l'Université hindoue de Bénarès; trois ans plus tard, le Postgraduate Institute of Indian Medicine a été fondé.

Il existe un cours postuniversitaire de trois ans qui conduit au doctorat en médecine ayurvédique (D.Ay.M.). Les diplômés en médecine ayurvédique ou en médecine moderne sont admis à suivre ce cours. Pendant la première année, les titulaires du diplôme de médecine ayurvédique (A.B.M.S.) se familiarisent avec les aspects pratiques de la médecine moderne tandis que les diplômés en médecine moderne (M.B., B.S.) étudient les principes fondamentaux de l'Ayurvédisme. Les deux années suivantes sont consacrées à des études et à des recherches cliniques et de laboratoire dans l'un quelconque des cinq domaines spécialisés de l'Ayurvédisme. A la fin de ces deux années, le candidat présente une thèse et passe deux examens concernant le domaine de spécialisation choisi et portant l'un sur des textes ayurvédiques classiques, l'autre sur un sujet connexe de médecine moderne. Les étudiants qui réussissent obtiennent le doctorat en médecine ayurvédique.

Ce programme de formation offre aux étudiants la possibilité d'acquérir des connaissances en médecine hindoue et en médecine moderne et leur permet également d'entreprendre des recherches scientifiques originales et d'en analyser les résultats.

Annexe X

Depuis 1966, un cours conduisant à un diplôme de Ph.D. en médecine ayurvédique a été créé en vue de promouvoir des recherches poussées dans des domaines relevant de l'Ayurvédisme.

L'Unité de Médecine hindoue de l'Institut des Sciences médicales comprend les six départements suivants :

1. Principes de l'Ayurvédisme
2. Dravyaguna (propriétés des substances médicinales, matière médicale, pharmacologie)
3. Kaya Chikitsa (thérapeutique, médecine générale)
4. Shalaya Shalkya (chirurgie majeure et mineure)
5. Prasuti Tantra (obstétrique et gynécologie)
6. Chimie médicinale.

L'Université assure également des cours réguliers de médecine moderne pour la formation de candidats aux diplômes de M.B., B.S., de M.D. et de M.S. Les conditions d'admission sont les mêmes que dans d'autres écoles de médecine. Au niveau universitaire, les étudiants suivent un cours de cinq ans, portant notamment sur la médecine et la chirurgie ayurvédiques, qui est suivi d'une période d'internat de six mois. De l'avis général, il est nécessaire que le programme du cours conduisant au diplôme de M.B., B.S. englobe les éléments de la médecine ayurvédique afin de mieux préparer les futurs praticiens à l'action sanitaire en Inde.

Recherches

La nécessité de la recherche appliquée ressort à l'évidence. Dans ce domaine, l'Institut a effectué plusieurs travaux relatifs à la valeur thérapeutique des médicaments ayurvédiques, en déterminant leur mode d'action, en isolant leurs principes actifs et en évaluant les doses efficaces et la toxicité. Un stéroïde anabolisant a été isolé de C. quadrangularis et a été étudié de façon approfondie afin de déterminer son rôle dans la guérison des fractures. On a aussi isolé un stéroïde catabolisant qui serait très efficace pour prévenir et traiter l'hyperlipidémie et ses complications, y compris l'athérosclérose et la thrombose des coronaires. Les substances végétales jati ghrit et kshar-sutra ont été normalisées pour la cicatrisation des blessures et pour le traitement de la fistule anale au moyen de fils convenablement imprégnés. Parmi les autres médicaments étudiés figurent les plantes suivantes : Picrorrhiza kurroa pour le traitement des maladies de foie, Allium sativum pour la prévention de l'hypercholestérolémie et des cardiopathies et Semecarpus anancardium Bhallatak contre les infestations vermineuses et l'arthrite; le tambool est utilisé contre les cardiopathies et le punarnava contre les maladies des voies urinaires.

Il est également nécessaire d'entreprendre d'urgence des recherches sur la pratique du yoga, qui a suscité un intérêt mondial ces dernières années. Comme on l'a dit plus haut, les différents exercices de yoga aident non seulement à conserver une bonne santé physique, mais aussi à assurer une bonne santé mentale, la tranquillité d'esprit et le bonheur.

Afin de déterminer le meilleur moyen de dispenser avec efficacité et pour un faible coût des soins aux populations rurales, il faudra organiser quelques projets pilotes de recherche dans différentes régions du pays. Ces travaux de recherche opérationnelle devront être conçus de façon réaliste et exécutés à l'aide des ressources locales disponibles, y compris le personnel sanitaire avec le minimum d'apport extérieur.

Annexe X

Visites sur le terrain

Une visite a été faite dans un dispensaire privé de Narayanpur, à quelque 50 kilomètres de Varanasi. C'est un couple de médecins ayurvédiques, tous deux diplômés de l'Université hindoue de Bénarès, qui s'occupe du dispensaire. Le mari, qui dirige l'établissement, est spécialisé en ophtalmologie : il diagnostique et corrige les troubles de la réfraction et fournit les lunettes (verres et montures). Cet établissement privé, qui comprend 10 lits et une salle d'opération petite, mais parfaitement équipée, assure le traitement des affections suivantes : entropion, ptérygion, caratacte, fistule rectale, hémorroïdes, hernie et fractures ouvertes. La femme se charge des interventions mineures d'obstétrique et de gynécologie, telles que les accouchements au forceps, les dilatations thérapeutiques et le curetage, l'épisotiomie et la chirurgie réparatrice. Dans le même village, un autre médecin ayurvédique, spécialisé en odontologie, dirige également un dispensaire privé très actif.

Une autre visite a été faite dans un dispensaire public d'un faubourg de Varanasi. Le chef de l'équipe soignante est un médecin ayurvédique. Ce dispensaire, qui venait d'être installé dans des locaux plus vastes, possédait quatre lits pour malades en observation ou en traitement. Il paraissait bien organisé et sa petite pharmacie contenait à la fois des médicaments ayurvédiques et des produits thérapeutiques modernes tels que les antibiotiques. Les maladies infectieuses y sont soignées et régulièrement notifiées aux autorités de santé publique. Les cas aigus et les urgences chirurgicales qui ne peuvent être traités sur place sont renvoyés à l'hôpital central, puis sont repris en charge par le dispensaire, pour les contrôles ultérieurs et les soins ambulatoires.

Lors d'une enquête faite en 1973 sur les praticiens de médecine indigène dans les régions rurales de cinq Etats indiens, toutes les personnes qui pratiquaient un système quelconque de médecine curative sans posséder aucun diplôme reconnu de médecine moderne ont été interrogées. Les résultats de l'enquête montrent que 7,4 % seulement de ces praticiens avaient étudié dans un établissement d'enseignement et que 65,6 % ne possédaient aucune qualification et pouvaient être considérés comme des "charlatans" ou des "inaptes à pratiquer". Les autres avaient suivi des cours par correspondance. La plupart d'entre eux prescrivaient des médicaments allopathiques et ne possédaient pas la moindre formation en médecine moderne. D'une manière générale, ils résidaient dans des villages d'une certaine importance; la plupart des petits villages (3000 habitants au maximum) ne disposaient sur place d'aucun praticien. Dans les populations rurales enquêtées, on comptait de 5,5 à 9,8 praticiens de médecine indigène pour 10 000 habitants.

Etant donné le peu de temps dont elle disposait, la mission n'a pas été en mesure d'analyser les conséquences de cette situation défavorable. Bien que la couverture sanitaire des zones rurales paraisse adéquate, il est permis d'exprimer de sérieuses réserves quant à la valeur des activités des praticiens de médecine indigène classés en majorité dans la catégorie des "charlatans" et des "inaptes".

Conclusions

Il ne fait aucun doute que la reconnaissance officielle des systèmes de médecine indigène par les gouvernements des pays où ils sont de pratique courante permettrait d'améliorer la valeur des praticiens et de promouvoir la connaissance de ces systèmes.

L'étude des systèmes indigènes montre qu'il est urgent de donner une formation additionnelle aux praticiens afin d'accroître leur efficacité et leur utilité. Les programmes de formation devraient être conçus de façon à répondre aux besoins particuliers des différentes catégories de praticiens indigènes et la priorité devrait être accordée à l'orientation vers la santé des collectivités et la santé publique.

En outre, on devrait familiariser avec les systèmes indigènes, là où il en existe, les médecins pratiquant la médecine moderne et les étudiants, afin d'améliorer leurs connaissances et de provoquer les changements d'attitude nécessaires.

Les mesures susmentionnées sont considérées comme constituant une condition préalable indispensable à l'intégration des systèmes indigènes dans les services de santé publics.

On estime que 400 000 praticiens indigènes exercent actuellement en Inde, pour la plupart dans les régions rurales. Ces personnels pourraient probablement être développés et utilisés de façon à assurer une couverture complète.

Il apparaît donc plus réalisable qu'il ne le semblait naguère de faire bénéficier les collectivités rurales de services atteignant la grande masse de la population ou d'une couverture sanitaire totale.

ANNEXE XI

UTILISATION D'EMETTEURS-RECEPTEURS RADIO DANS LES SERVICES DE SANTE DU NIGERIA SEPTENTRIONAL

Le problème

L'amélioration des communications par l'emploi d'émetteurs-récepteurs radio peut aider à résoudre certains des problèmes qui se posent aux services périphériques de santé dans les régions rurales de la plupart des pays en voie de développement. Parmi ces problèmes, on peut citer notamment : l'insuffisance des possibilités de consultation; la faiblesse du dispositif d'encadrement; l'absence de moyens de perfectionnement professionel pour les agents en poste; le sentiment d'isolement et d'abandon qu'éprouve le personnel des établissements périphériques; les défaillances dans l'approvisionnement en médicaments et autres fournitures; la rigidité ou l'insuffisance des systèmes de transport et le manque d'information sur les besoins en services de santé et sur la capacité des dispensaires et autres postes de santé périphériques à y faire face.

Le système de liaison radio mis en place dans le nord du Nigéria n'est qu'une des formules possibles; des systèmes analogues fonctionnent dans d'autres pays africains et sur d'autres continents. Beaucoup de ces réseaux radio se doublent d'un service de "médecins volants", pareil service n'étant d'ailleurs pas concevable sans liaison radio. L'idée de ces liaisons radio remonte à l'année 1925 environ, époque à laquelle un système de ce genre fut constitué pour appuyer un service de médecins volants en Australie.

Deux raisons incitent à prendre pour exemple le système nigérian. Premièrement, il s'agit d'une expérience à laquelle le Gouvernement s'est intéressé dès le début (pour prendre finalement le système à sa charge) alors que dans la plupart des autres pays les systèmes de liaison radio sont financés par des contributions volontaires ou par l'aide étrangère. Deuxièmement, le système nigérian a fonctionné avec des moyens limités, c'est-à-dire dans des conditions qui sont le lot de la plupart des pays en voie de développement.

La République fédérale du Nigéria, qui comptait 80 millions d'habitants en novembre 1973, est divisée en 12 états. L'Etat du nord-ouest est l'un des plus grands du pays et c'est aussi le plus pauvre et le moins développé. Il s'étend sur 16 900 km^2 et comptait à la fin de 1972 approximativement 7 232 000 habitants dont la moitié âgés de moins de 15 ans. Environ 85 % de la population vivaient dans les régions rurales, cet état étant surtout à vocation agricole.

La protection médicale de base au niveau du village y est assurée par des dispensaires dont le nombre atteignait 129 en 1973. Tenus chacun par un auxiliaire médical qualifié assisté de deux agents non qualifiés, ces dispensaires ont essentiellement des fonctions curatives. Ils sont administrés et contrôlés par les autorités locales mais la loi donne au Ministère de la Santé (de l'Etat) le droit de diriger leurs activités sur le plan technique. Les autorités de l'Etat approvisionnent les dispensaires en fournitures à partir d'un magasin médico-pharmaceutique d'Etat.

Compte tenu des dispensaires des missions, il y avait en 1973 un dispensaire pour 50 000 habitants et l'on estimait que les 360 nouveaux dispensaires qui devaient être créés avant 1980 ne permettraient pas encore de "quadriller" complètement les régions rurales, de sorte que des mesures spéciales seraient nécessaires pour le reste de la population.

Les centres de santé sont parfois très éloignés de l'établissement dont ils relèvent et, bien que la plupart des dispensaires les plus reculés puissent être atteints avec un véhicule du type Land Rover, les tournées d'inspection peuvent prendre plusieurs jours, même si elles sont faites en voiture, ce qui limite considérablement les possibilités de communication régulière avec les établissements sanitaires isolés.

Annexe XI

Description du système de liaison radio

Le système de liaison radio a été créé en 1963 dans le cadre d'un service de "médecins volants", pour le Nigéria septentrional. L'hôpital central de Gusau, qui servait de base, était relié à 26 stations (dont quelques hôpitaux d'arrondissement et un certain nombre de dispensaires isolés) équipées d'émetteurs-récepteurs commandés par pédale. Le réseau de dispensaires et d'hôpitaux couvrait une région relativement vaste (la plus grande partie dans l'Etat du nord-ouest) où les stations les plus éloignées étaient distantes de plus de 600 km. A proximité des dispensaires et des hôpitaux, des pistes d'atterrissage pour petits appareils avaient été aménagées.

Le système de liaison radio était essentiellement utilisé pour conseiller et superviser le personnel des dispensaires dans ses activités cliniques et pour lui permettre de demander des consultations dans les cas difficiles, ceux-ci étant pris d'ailleurs comme sujets d'étude afin d'améliorer la qualité des diagnostics et autres services assurés par les dispensaires. En cas d'urgence, le système permettait de demander qu'un avion ou autre moyen de transport amène un médecin sur place ou vienne chercher le malade pour le conduire à l'hôpital. En l'absence d'autres moyens de télécommunication, la liaison radio servait aussi à prévenir la station de base que le dispensaire manquait de fournitures ou à lui signaler un risque d'épidémie dans la région.

La base fonctionnait pendant les heures ouvrables habituelles et selon un horaire spécial les dimanches et jours fériés. Aucune fréquence utilisable la nuit n'a jamais été attribuée au réseau radio des services de santé. Pendant les cinq premières années, un médecin était posté à la base pour répondre aux appels. Il en fut ainsi jusqu'à ce que le Gouvernement prenne ce service à son compte. La plupart des difficultés administratives et techniques qui aboutirent à l'interruption virtuelle du service sont imputables au fait que personne n'était plus en mesure de diriger l'ensemble du système.

Outre les liaisons entre la base et les stations, le système permettait aux postes sanitaires de communiquer entre eux. Des contacts fréquents étaient pris avec la base, ce qui permettait d'assurer les contrôles et la discipline sans lesquels aucun système radio ne peut fonctionner dans de bonnes conditions. Lorsque le médecin se trouvait en visite dans un dispensaire, il pouvait également s'entretenir directement avec le personnel d'autres dispensaires pour l'aider à résoudre des difficultés.

A l'origine, le projet était entièrement financé par des dons de l'étranger, qui permirent également d'acheter deux petits avions pour le service médical volant. Plus tard, en raison de difficultés techniques et financières, ce service fut supprimé et seul fut maintenu le système de liaison radio qui, au bout de quelques années, fut pris en charge par le Gouvernement.

Pendant les premières années, le système de liaison radio fonctionna relativement bien mais, peu à peu, les émetteurs-récepteurs prirent de l'âge et posèrent de sérieux problèmes d'entretien. En mars 1974, seuls le poste de la station de base et quelques autres étaient en état de marche, mais on ne s'en servait plus. Toutefois, le Gouvernement de l'Etat du nord-ouest envisage maintenant d'installer un réseau radio doté d'émetteurs-récepteurs modernes.

Résultats obtenus

Bien que ne reliant qu'un petit nombre des dispensaires de la région, dont certains des plus isolés, le réseau radio a permis d'obtenir des résultats qui montrent bien quelles sont les possibilités offertes par un tel système dans les pays en voie de développement d'une manière générale.

Annexe XI

1. En permettant au personnel des dispensaires de consulter régulièrement le médecin, le système a favorisé le perfectionnement professionnel de ce personnel. La compétence, le savoir-faire et l'efficacité des agents de dispensaire se sont accrus.

2. Le système a permis de guider le travail des agents de dispensaire, par exemple, en les amenant à consacrer plus de temps à la prévention lorsque les fournitures servant aux soins curatifs venaient à s'épuiser.

3. L'approvisionnement en médicaments et en pansements a été amélioré et la liaison radio a permis d'utiliser plus efficacement les fournitures disponibles, par exemple en indiquant au personnel le médicament qu'il pouvait utiliser en remplacement d'un produit épuisé.

4. Dans les dispensaires comme dans les hôpitaux d'arrondissement, de nombreux malades ont été mieux soignés qu'ils ne l'auraient été en l'absence d'un tel système.

5. Dans les cas d'urgence, le personnel a été mieux conseillé et l'évacuation du malade s'est souvent déroulée dans de meilleures conditions.

6. La possibilité de pouvoir consulter directement un médecin a eu d'heureux effets sur le moral du personnel des dispensaires, qui s'est senti moins isolé et moins abandonné.

7. Il a été possible d'assurer la surveillance épidémiologique de régions plus étendues, et, lorsque des poussées épidémiques se sont produites, l'unité de base rapidement prévenue a pu donner des instructions aux équipes mobiles et les dépêcher sur place à bref délai.

Le système de liaison radio, tel qu'il a fonctionné dans le Nigéria septentrional, semble avoir renforcé les services de soins curatifs davantage que les services préventifs.

Evaluation du système

On n'a pas de statistiques détaillées permettant d'évaluer le système en fonction des trois critères fondamentaux que sont la couverture, le taux d'utilisation et le coût, mais il est évident que l'amélioration des communications avec les médecins a permis de renforcer les services de santé assurés par les unités périphériques et a contribué ainsi à améliorer la couverture sanitaire des populations.

Applicabilité des liaisons radio aux services de santé

Les liaisons radio présentent un intérêt particulier dans les cas suivants :

- dans les régions à population clairsemée où les postes de santé sont très éloignés les uns des autres;
- dans les régions où les déplacements sont particulièrement difficiles, en raison, par exemple, du manque de routes et de véhicules;
- lorsque le réseau de télécommunications est insuffisant, l'établissement d'un réseau radio pouvant alors se justifier même dans des régions plus peuplées et possédant un réseau routier.

Une des formules possibles consiste à faire envoyer les messages aux établissements sanitaires, par le service national de radiodiffusion, tout au moins en cas d'urgence. A condition de réserver certaine heures à cet effet, on peut adresser des messages aux arrondissements éloignés pour leur demander, par exemple, d'appeler l'unité centrale.

La leçon que l'on peut tirer de l'expérience acquise au Nigéria est qu'il existe un certain nombre de contraintes dont il faut tenir compte pour l'organisation et la gestion d'un réseau radio au service de la protection sanitaire. Les plus importantes de ces contraintes sont les suivantes :

1. Le coût d'investissement peut être élevé lorsque l'on met en place un réseau complet couvrant tous les dispensaires et peut-être d'autres établissements sanitaires. De toute évidence, les avantages du réseau radio dépendent du degré de couverture.

2. Il est indispensable de former le personnel aux techniques de communication par radio et notamment de lui donner une préparation suffisante en ce qui concerne l'utilisation et l'entretien des appareils.

3. Il faut aussi lui enseigner une terminologie spéciale et lui remettre par exemple un tableau type pour la description des symptômes par radio. Cela simplifiera la communication et contribuera éventuellement à résoudre les problèmes de langue ou de vocabulaire.

4. L'entretien normal et exceptionnel des appareils de radio doit être bien organisé. Il est d'ailleurs possible de coordonner entre eux plusieurs réseaux radio; la police et l'armée devant disposer en permanence de liaisons sûres, leurs techniciens pourront également travailler à l'entretien du réseau radio sanitaire.

5. Il faut assurer une surveillance régulière du réseau radio et mettre au point un système intégré d'évaluation afin de pouvoir juger de l'efficacité du système et discerner les changements nécessaires.

Sauf lorsqu'il se réduit à quelques postes, un réseau radio doit être efficacement contrôlé et il ne peut l'être que si la station de base dispose d'une puissance suffisamment grande par rapport à celle des stations périphériques; il ne faut pas oublier que ces stations sont confiées au personnel des dispensaires, c'est-à-dire à des gens qui n'ont pas reçu une formation d'opérateur-radio très poussée.

Le coût d'installation d'un réseau de liaison radio dépend essentiellement du nombre de postes, c'est-à-dire du nombre des établissements sanitaires couverts par le réseau. En 1974, un poste de radio à ondes courtes, d'une portée de 1600 kilomètres, coûte approximativement $1800 avec les accessoires. Les appareils portant moins loin coûtent un peu moins cher. Le même type d'appareil peut être utilisé au centre et à la périphérie mais il est bon de disposer d'une installation plus perfectionnée à la station centrale. On estime qu'il faut prévoir environ 1000 dollars pour l'achat des pièces de rechange correspondant à 70 appareils et que la dotation minimale en outils et autre matériel de réparation à la station centrale coûte approximativement $6000.

Les frais d'entretien d'un réseau de liaison radio dépendent également dans une large mesure du nombre de postes encore que certains de ces frais (les appointements de l'ingénieur-radio et de son assistant, par exemple) soient incompressibles.

Il est difficile d'évaluer par une analyse coûts-avantages l'incidence d'un système de liaison radio sur l'état de santé des populations. Si un tel système est bien dirigé et si les appareils sont correctement utilisés, on peut admettre que les dépenses récurrentes sont moins importantes que les frais d'investissement.

* * *